

Medizinische Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen
Institut für Gesundheitswissenschaft
Abteilung Hebammenwissenschaft

**Postpartale Dyspareunie: Professionelle Unterstützung für betroffene
Frauen in einem tabuisierten Themenfeld – ein Scoping Review**

Bachelorarbeit zur Erlangung
des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)
im Studiengang
B.Sc. Hebammenwissenschaft

Lenuzza, Anna Luisa
aus Esslingen am Neckar

2026

Dekanin der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker

1. Berichterstatterin: Konstanze Weinert, M.A.

2. Berichterstatterin: Prof. Dr. rer. nat. Claudia Plappert

Datum der Abgabe: 29.06.2026

Zusammenfassung

Hintergrund: Postpartale Dyspareunie, also Schmerz beim Geschlechtsverkehr, gehört zu den häufigsten postpartalen sexuellen Beschwerden von Frauen und kann die Lebensqualität von Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Gleichzeitig wird Sexualität in der Wochenbettbetreuung häufig wenig thematisiert, und sexuelle Probleme werden sowohl von betroffenen Frauen als auch von Gesundheitsfachpersonen selten offen angesprochen.

Zielsetzung: Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Forschungsstand zum Umgang von Frauen mit postpartaler Dyspareunie, insbesondere hinsichtlich ihres Hilfesuchverhaltens und der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung, zu skizzieren, und dadurch Implikationen für die Hebammenarbeit abzuleiten.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte im Rahmen eines Scoping Reviews eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL. Ergänzt wurde diese Suche durch eine Freihandsuche. Es konnten fünf Studien identifiziert werden, auf welche die zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien zutreffen. Ergänzend erfolgte eine Bewertung der Studien mithilfe passender Bewertungsinstrumente.

Ergebnisse: Die Kartierung der Evidenz konnte zeigen, dass die vorhandenen Daten begrenzt und methodisch heterogen sind, nur wenige Studien befassen sich explizit mit postpartaler Dyspareunie. Die Ergebnisse geben allerdings kongruent Hinweise darauf, dass viele Frauen trotz belastender Dyspareunie keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Wissenslücken, Tabuisierung, Scham und Normalisierung scheinen das Hilfesuchverhalten betroffener Frauen zu beeinflussen.

Diskussion: Die Befunde deuten auf einen „Kreislauf des Schweigens“ hin, in welchem individuelle, gesellschaftliche, strukturelle sowie professionelle Faktoren zusammenwirken und die adäquate Versorgung postpartaler Dyspareunie erschweren.

Fazit und Implikationen: Es besteht ein deutlicher Bedarf an weiterer Forschung zu postpartaler Dyspareunie, insbesondere zu Einflussfaktoren auf Hilfesuchverhalten, Auswirkungen negativer Versorgungserfahrungen und hebammenzentrierten Versorgungsmodellen. Hebammen können eine zentrale Rolle in Aufklärung, Früherkennung und Weiterleitung übernehmen, benötigen dafür jedoch eine bessere evidenzbasierte Grundlage und entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen.

Abstract

Background: Postpartum dyspareunia – that is pain during sexual intercourse – is one of the most common postpartum sexual complaints among women and can significantly impact the quality of life of those affected. At the same time, sexuality is often not discussed in postpartum care, and sexual problems are rarely addressed openly by either the women affected or the healthcare professionals involved.

Objective: The aim of this study is to outline the current state of research on how women cope with postpartum dyspareunia, particularly with regard to their help-seeking behavior and their use of professional support, and thereby to draw implications for midwifery practice.

Methodology: To answer the research questions, a systematic literature search was conducted in the PubMed and CINAHL databases as part of a scoping review. This search was complemented by a manual search. Five studies were identified that met the previously defined inclusion and exclusion criteria. Additionally, the studies were evaluated using appropriate assessment tools.

Results: The evidence mapping revealed that the available data is limited and methodologically heterogeneous; only a few studies explicitly address postpartum dyspareunia. However, the results consistently indicate that many women do not seek professional help despite experiencing distressing dyspareunia. Knowledge gaps, taboo, shame, and normalization appear to hinder the decision to seek help.

Discussion: The findings point to a “cycle of silence” in which individual, societal, structural, and professional factors interact and hinder the provision of adequate care for postpartum dyspareunia.

Conclusion and Implications: There is a clear need for further research on postpartum dyspareunia, particularly regarding factors influencing help-seeking behavior, the effects of negative care experiences, and midwife-centered care models. Midwives can play a central role in education, early detection, and referral; however, they require a stronger evidence-based foundation and appropriate structural conditions to do so.

Methodische Vorbemerkung

Diese Bachelorarbeit richtet sich an ein fachkundiges Publikum aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften. Inhalte, Terminologie und Argumentationsstruktur setzen grundlegende Kenntnisse wissenschaftlicher Arbeitsweisen sowie fachspezifischer Konzepte voraus und werden deshalb ohne weitere Erläuterung verwendet.

Um alle Personen unabhängig ihrer geschlechtlichen Identität einzuschließen, wird in dieser Arbeit vorrangig eine geschlechtsneutrale Sprache verwendet. Sofern dies nicht möglich ist, wird das Gendersternchen (*) eingesetzt. Diese Entscheidung weicht bewusst teilweise vom „Leitfaden zur Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache an der Universität Tübingen“ [1] ab, welcher die neutrale Formulierung bzw. die Beidnennung empfiehlt.

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff „Frau“ bezieht sich auf das biologische weibliche Geschlecht (die Schwangere, die Gebärende, die Wöchnerin) und ist unabhängig von der Genderidentität einer Person.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Abstract	IV
Methodische Vorbemerkung	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
1.1. Einführung.....	1
1.2. Sexualität	1
1.3. Sexualität und Gesundheit	2
1.4. Sexualität im Kontext Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2
1.5. Dyspareunie	4
1.6. Hilfesuche im Gesundheitssystem und Auswirkungen.....	6
1.7. Sexualität von Frauen und Paaren im Fokus der Hebammenarbeit.....	7
1.8. Relevanz für die Hebammenwissenschaft.....	8
1.9. Ziel der Arbeit.....	9
2. Methodik	9
2.1. Studiendesign eines Scoping Reviews.....	9
2.2. Methodisches Vorgehen.....	10
2.2.1. Phase 1: Identifizierung der Forschungsfrage	10
2.2.2. Phase 2: Identifizierung relevanter Studien	11
2.2.3. Phase 3: Studienauswahl	14
2.2.4. Phase 4: Darstellung der Daten	14
2.2.5. Phase 5: Zusammenstellung, Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse	15
2.3. Studienbewertung	15
3. Ergebnisse	16
3.1. Studienselektion.....	16
3.2. Charakteristika der Studien	18
3.2.1. Studiendesign	18
3.2.2. Population	18
3.2.3. Art und Zeitpunkt der Datenerhebung	19
3.2.4. Definitionen Dyspareunie	20

3.3.	<i>Beschreibung und Bewertung der inkludierten Studien</i>	20
3.3.1.	Abrams et al. (2023)	20
3.3.2.	Barrett et al. (2000)	21
3.3.3.	Glazener et al. (1997)	21
3.3.4.	Herron-Marx et al. (2007)	22
3.3.5.	O'Malley et al. (2022)	22
3.4.	<i>Thematische Gruppierung der Ergebnisse</i>	23
3.4.1.	Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei bestehender Dyspareunie	23
3.4.2.	Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten	23
3.4.2.1.	Wahrgenommene Belastung, Persistenz der Beschwerden	23
3.4.2.2.	Subjektive Deutung sexueller Beschwerden	24
3.4.2.3.	Medizinisches Fachpersonal	25
3.4.2.4.	Alltags- und geburtshilfliche Faktoren	25
3.4.3.	Erfahrungen bei vorhandener Hilfesuche	26
3.4.4.	Informelle Hilfesuche	26
3.4.5.	Empfehlungen der inkludierten Studien für die Praxis	27
3.4.5.1.	Aufklärung und Prävention	27
3.4.5.2.	Aus-, Fort- und Weiterbildung	28
3.4.5.3.	Frauenzentrierte postpartale Versorgung	28
4.	Diskussion	29
4.1.	<i>Zentrale Erkenntnisse</i>	29
4.2.	<i>Geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe und mögliche Auswirkungen</i>	29
4.3.	<i>Die subjektive Deutung sexueller Beschwerden im gesellschaftlichen Kontext</i>	30
4.3.1.	Die subjektive Deutung: Normalisierung	30
4.3.2.	Die subjektive Deutung: Tabuisierung	31
4.3.3.	Die subjektive Deutung: Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Behandlungsbedürftigkeit	32
4.4.	<i>Medizinisches Fachpersonal: Einfluss auf Hilfesuchverhalten und Versorgung</i>	33
4.5.	<i>Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem: Ausdruck professioneller und struktureller Versorgungsdefizite</i>	34
4.6.	<i>Implikationen für die Hebammenarbeit</i>	35
4.6.1.	Einordnung in den beruflichen und gesetzlichen Rahmen	35
4.6.2.	Aus- und Weiterbildung von Hebammen	36
4.6.3.	Aufklärung und Prävention	37
4.6.4.	Inhalte der Aufklärung und des Screenings	38
4.7.	<i>Limitationen</i>	38
4.7.1.	Limitationen eines Scoping Reviews	38
4.7.2.	Eigene Limitationen	39
4.7.3.	Limitationen der Studien	39
4.8.	<i>Forschungsausblick</i>	41
5.	Fazit	42
6.	Literaturverzeichnis	44

7. Anhang.....	49
<i>Anhang 1: Exkludierte Volltexte der Literaturrecherche.....</i>	<i>49</i>
<i>Anhang 2: Datenextraktion</i>	<i>51</i>
<i>Anhang 3: Studienbewertung.....</i>	<i>59</i>
Anhang 3.1: Abrams et al. (2023).....	59
Anhang 3.2: Barrett et al. (2000)	60
Anhang 3.3: Glazener et al. (1997).....	61
Anhang 3.4: Herron-Marx et al. (2007)	63
Anhang 3.5: O'Malley et al. (2022)	66
<i>Anhang 4: Erklärung zur Urheberschaft.....</i>	<i>68</i>
<i>Anhang 5: Reflexion über den Gebrauch generativer KI</i>	<i>70</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Studienselektion in Anlehnung an PRISMA 2020, eigene Darstellung	17
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Kriterien GPPPD nach DSM 5.....	5
Tabelle 2 – PCC-Schema.....	11
Tabelle 3 – Ein- und Ausschlusskriterien.....	12
Tabelle 4 – Suchstring PubMed nach PCC-Schema	13
Tabelle 5 – Suchstring CINAHL nach PCC-Schema.....	14
Tabelle 6 – Studiendesigns der eingeschlossenen Studien	18
Tabelle 7 – Studienpopulation	19
Tabelle 8 – Befragung	19
Tabelle 9 – Definitionen Dyspareunie	20
Tabelle 10 – Ausschlussgründe Datenbanksuche	49
Tabelle 11 – Ausschlussgründe Freihandsuche	50
Tabelle 12 – Extraktionstabelle.....	51
Tabelle 13 – Ergebnisse und Implikationen	53
Tabelle 14 – JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	59
Tabelle 15 – JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	60
Tabelle 16 – Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies - NHLBI, NIH	61
Tabelle 17 – Good Reporting Standards for Mixed Methods Studies Guidelines (GRAMMS)	63
Tabelle 18 – Mixed Methods Appraisal Tool Version 2018	66

Abkürzungsverzeichnis

DHV	Deutscher Hebammenverband
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
GPPPD	<i>Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder</i>
GRAMMS	<i>Good Reporting Standards for Mixed Methods Studies Guidelines</i>
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KI	Konfidenzintervall
PCC	<i>Population, Concept, Context</i>
SFQ-MIS	<i>Sexual Function Questionnaire Medical Impact Scale</i>
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

1.1. Einführung

Eine zentrale Aufgabe von Hebammen in der Betreuung von Frauen stellt die Förderung der Gesundheit nach der Geburt dar [2]. Während klassische körperliche Beschwerden wie Lochialstau, wundte Mamillen oder Ödeme einen Schwerpunkt der Wochenbettbetreuung bilden, werden Aspekte der sexuellen Gesundheit häufig weniger berücksichtigt [3]. Mit der Akademisierung der Hebammenwissenschaft rücken nun jedoch auch ebendiese Themen in den Fokus, die über die unmittelbare traditionelle Versorgung von Mutter und Kind hinausgehen. Sexuelle Beschwerden können körperliche Symptome weit übertreffen und verschiedene Lebensbereiche, unter anderem die mentale Gesundheit, nachhaltig beeinflussen [4]. Dyspareunie, also Schmerz beim Geschlechtsverkehr, stellt hierbei eines der häufigsten Beschwerdebilder im Wochenbett dar [5-7], und steht im Zentrum dieser Arbeit. Um die Bedeutung sexueller Beschwerden einordnen zu können, ist zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Sexualität nötig.

1.2. Sexualität

Sexualität begleitet Menschen über das gesamte Leben und ist als komplexes Konstrukt eng mit der eigenen Identität, dem eigenen Körper, den individuellen Erfahrungen, Partnerschaften sowie den Normen einer Gesellschaft verbunden [8]. Auch soziale, wirtschaftliche, politische, kulturelle, rechtliche, historische und religiöse Faktoren beeinflussen die Sexualität einer Person [9]. Die eigene Wahrnehmung der Sexualität kann als sexuelle Identität bezeichnet werden, welche nicht angeboren ist, sondern im Laufe des Lebens geformt wird [8].

Diese Tatsache zeigt sich darin, dass Sexualität für jede Person eine andere Bedeutung haben kann. So kann sie der Ausdruck von Liebe, Nähe und Intimität sein, der partnerschaftlichen Verbindung dienen, als eine Quelle von Lust und Freude erlebt werden, eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper ermöglichen oder etwa schlicht als Möglichkeit zur Fortpflanzung betrachtet werden. Auch kann Sexualität eine untergeordnete, nebensächliche Rolle einnehmen, oder sogar mit negativen und belastenden Erinnerungen verknüpft sein. In diesem Falle kann Sexualität also auch eine Aktivität sein, bei welcher schmerzhaftes Erinnerungen hervorgerufen werden, oder sie wird als eine von gesellschaftlichen Erwartungen, Angst oder Druck geprägten Pflicht wahrgenommen. Dies zeigt, dass Sexualität sowohl eine positive als auch eine negative Bedeutung haben kann [8].

1.3. Sexualität und Gesundheit

Vor dem Hintergrund dieser individuellen und vielfältigen Bedeutungen von Sexualität gewinnt eine ganzheitlichere und inklusivere Begriffsbestimmung an Bedeutung, wie sie sich beispielsweise in der Definition sexueller Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) findet. Diese definiert sexuelle Gesundheit als einen Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität [9]. Sexuelle Gesundheit entstehe nicht alleine durch die Abwesenheit von Pathologie, sondern durch die Möglichkeit, positiv geprägte sexuelle Erfahrungen zu machen, um eine wertschätzende und respektvolle Haltung zur eigenen Sexualität zu gewinnen [9]. Sexualität und sexuelle Gesundheit sind ein essenzieller Bestandteil der Identität einer Person, und können erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität einer Person ausüben. Eine gesunde Sexualität ist nicht gleichzusetzen mit häufigem Sex oder Sex ohne Schmerzen, sondern basiert auf einer Kombination aus gegenseitigem Einverständnis, emotionaler Verbindung, Kommunikation, Vertrauen sowie der Bereitschaft, sich aufeinander einzulassen [10].

Diesen Einfluss der Sexualität auf die Lebensqualität zeigt auch die WHO „Quality of Life Group“. Das Ziel dieser Forschungsgruppe war es, die Lebensqualität einer Person kulturübergreifend messbar zu machen [11]. Hierfür wurde die Lebensqualität in unterschiedliche Domänen unterteilt, unter ihnen die Domäne „soziale Beziehungen“. Neben den Bereichen „persönliche Beziehungen“ und „soziale Unterstützung“ umfasst diese ausdrücklich auch die „sexuelle Aktivität“. Wichtig hierbei ist, dass diese laut Definition nicht ausschließlich biologisch, sondern als wesentlicher Bestandteil zwischenmenschlicher Beziehungen verstanden wird [11]. Die „Quality of Life Group“ kommt zu dem Schluss, dass die Qualität und Bedeutung sexueller Erfahrungen einen relevanten Einfluss auf die wahrgenommene Lebensqualität haben [11]. Dies unterstreicht den Stellenwert sexueller Aktivität im Leben eines Menschen sowie den Einfluss, den diese – positiv oder negativ – auf die gesamte Lebensqualität haben kann. Auch Kleinplatz et al. (2022) betonen, dass Sexualität die Lebensqualität beeinflusst, und so im Umkehrschluss fehlende Qualität der sexuellen Beziehung zu Unzufriedenheit, Beziehungsproblemen, Frustration und Stress führen kann [10].

1.4. Sexualität im Kontext Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verändern das Leben der Eltern grundlegend und auf vielen Ebenen – körperlich, psychisch, partnerschaftlich und gesellschaftlich. Die eigene Rolle im Familienkonstrukt wechselt, und damit wechseln auch die Aufgaben, Verantwortungen und Prioritäten. Für viele Paare bedeutet dies, dass die partnerschaftliche Beziehung für einen gewissen Zeitraum mehr in den Hintergrund rückt, um der Elternrolle Raum zu geben, welche zum Mittelpunkt des gemeinsamen Lebens wird [12]. Auch die Selbstwahrnehmung sowie die Wahrnehmung des Gegenübers in der Beziehung unterliegen in dieser Zeit einem

herausfordernden Wandel [12]. Als zentraler Aspekt einer Paarbeziehung unterliegt auch die gemeinsame Sexualität großen Veränderungen im Prozess des Elternwerdens. Der abrupte Abfall von Östrogen und Progesteron nach der Geburt sowie die stillzeitbedingte Hypoöstrogenämie führen zu vaginaler Trockenheit und einer verminderten Lubrikation [13]. Auch Veränderungen von Dauer und Intensität des Orgasmus sind häufig berichtete Phänomene im Wochenbett [12], außerdem verändert sich im Wochenbett das vaginale Mikrobiom und Frauen leiden häufig unter Libidoverlust [13]. Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell – hormonelle Veränderungen, aber auch psychosoziale Belastungen wie Müdigkeit, Schlafmangel und Rollenveränderungen können Auslöser sein [13]. Dies zeigt also, dass Paare im Kontext des Elternwerdens vor Herausforderungen in der gemeinsamen Sexualität gestellt werden.

Doch wann fangen Paare nach der Geburt wieder an, sexuell aktiv zu werden? Studien zeigen, dass die Mehrheit der Paare innerhalb der ersten drei bis sechs Monate die sexuellen Aktivitäten wieder aufnimmt [14]. Außerdem scheinen nicht-penetrative sexuelle Aktivitäten früher begonnen zu werden als vaginaler Sex [15, 16]. Das lässt darauf schließen, dass Frauen und/oder Paare anfangs Respekt davor haben, den vaginalen Geschlechtsverkehr wiederaufzunehmen, ein prinzipielles Bedürfnis nach sexuellen Aktivitäten allerdings besteht. Zwischen fünf bis sechs und sieben bis acht Wochen nach der Geburt zeigt sich ein deutlicher Anstieg des Anteils sexuell aktiver Paare um etwa 20 Prozentpunkte, was darauf hindeutet, dass viele Paare zunächst die gynäkologische Routineuntersuchung nach sechs Wochen abwarten, bevor sie den Geschlechtsverkehr fortführen [17]. Studien zeigen außerdem, dass Geburtsmodus, Geburtsverletzungen sowie soziodemographische Faktoren wie Beziehungsstatus, aber auch individuelle Faktoren wie Stresslevel, Auswirkungen auf den Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs nach der Geburt haben zu scheinen [15]. Erschöpfung und Zeitmangel können dazu beitragen, dass es zu einer Verzögerung des Wiederbeginns sexueller Aktivität kommt [17]. Außerdem wird die sexuelle Aktivität von der Anwesenheit des Neugeborenen im Raum geprägt, da dadurch Privatsphäre und ungestörte Intimität eingeschränkt sein können [17].

Die Beweggründe für die ersten sexuellen Handlungen nach der Geburt können vielseitig sein; unter anderem wird der Wunsch beschrieben, zu überprüfen, ob Geschlechtsverkehr körperlich wieder möglich ist, das Bedürfnis nach emotionaler Nähe und Intimität sowie die Wahrnehmung eines erneuten sexuellen Interesses seitens der Partnerperson [17]. Dass Frauen nach der Geburt allerdings dennoch ein Bedürfnis nach sexuellen Aktivitäten haben, zeigt die Tatsache, dass 40 % der Frauen innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt wieder masturbieren, und diese Aktivität sogar als besonders lustvoll und autonom empfinden [16].

1.5. Dyspareunie

Sexualität kann sich im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett allerdings nicht nur funktional verändern, sondern kann auch mit Beschwerden wie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr einhergehen. Dieses Beschwerdebild wird als Dyspareunie bezeichnet und gehört zu den häufigsten und von vielen Frauen als belastend erlebten sexuellen Dysfunktionen im Wochenbett [5-7].

Der Begriff „Dyspareunie“ stammt aus dem Griechischen und lässt sich aus den Wortbestandteilen „dys“ („schlecht“, „erschwert“) und „pareunos“ („Bettgenosse“) herleiten [18]. Dyspareunie wird in der Medizin als schmerzhafter Geschlechtsverkehr mit vaginaler Penetration definiert [19, 20]. Das „Phänomen“ der Dyspareunie als solches ist seit mehreren tausend Jahren bekannt, im Laufe der Zeit gab es immer wieder zahlreiche unterschiedliche Ansätze, diese zu definieren und klassifizieren. Die Definition in medizinischen Fachkreisen unterlag häufig Veränderungen und Anpassungen und ist folglich sehr komplex, vielschichtig und von ihren historischen Vorgängen geprägt. Da die Evidenz zu Ätiologie, Erscheinungsformen und Klassifikation bislang heterogen ist, besteht weiterhin keine einheitliche, klar abgegrenzte Definition der Dyspareunie. Erst in den letzten Jahren fand das Thema Aufschwung in dessen Wahrnehmung und Anerkennung als ernstzunehmendes, erheblich einschränkendes Symptom. Zentrale Rollen spielen hierbei die Definitionen in medizinischen Handbüchern und Klassifikationssystemen, wie dem amerikanischen Handbuch „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM). Das DSM spiegelt den aktuellen Wissensstand sowie den Konsens unter den führenden Expert*innen wider [21]. Mit der Veröffentlichung der aktuellsten Ausgabe des DSM im Jahr 2013, genannt DSM-5 [21], wurden die beiden zuvor eigenständigen Kategorien Dyspareunie und Vaginismus entsprechend langjähriger Forderungen aus Fachkreisen zusammengeführt und durch „Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder“ (GPPPD; deutsch: Genito-pelvine Schmerz-/Penetrationsstörung) ersetzt [22]. Die vier diagnostischen Kriterien der GPPPD sind in Tabelle 1 zusammengefasst [23].

Eine weitere Quelle, die zur Definition medizinischer Diagnosen herangezogen werden kann, ist die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD). Ziel der ICD ist es, durch die Kategorisierung von Krankheiten und Gesundheitszuständen sowie deren eindeutige Codierung eine Vergleichbarkeit nationaler und internationaler Gesundheitsdaten zu ermöglichen, indem diese sprachunabhängig und standardisiert erfasst werden [24]. In der aktuellen Auflage, dem ICD-11, wird Dyspareunie unter zwei verschiedenen Codes geführt. Unter dem Code GA12 wird weibliche Dyspareunie als Schmerzsymptom mit körperlicher Ursache beschrieben, während unter dem Code HA20 die Kategorie der „Sexual Pain-Penetration Disorder“ eine integrative Betrachtung körperlicher und psychischer Aspekte ermöglicht [25]. Diese parallele Kodierung verdeutlicht die zunehmende Anerkennung der multifaktoriellen Entstehung der Dyspareunie.

Tabelle 1 – Kriterien GPPPD nach DSM 5

Kriterium A	Anhaltende oder wiederkehrende Schwierigkeiten bei der vaginalen Penetration während des Geschlechtsverkehrs
	Genital-pelvine Schmerzen während der Penetration oder bei Versuchen dazu
	Ausgeprägte Angst vor Schmerzen im Zusammenhang mit der vaginalen Penetration
	Eine deutliche Anspannung oder Verkrampfung des Beckenbodens bei Versuchen der vaginalen Penetration
Kriterium B	Mindestens eines der primären GPPPD-Symptome besteht sechs Monate oder länger
Kriterium C	Klinisch signifikante psychische Belastung
Kriterium D	Alternative Ursachen wie Substanzkonsum, Medikamenteneffekte, organische Erkrankungen, schwere Beziehungsprobleme (z. B. Gewalt in der Partnerschaft) oder die Exposition müssen gegenüber anderen schweren Stressoren ausgeschlossen werden

Außerdem kann Dyspareunie anhand verschiedener Kriterien differenziert werden, unter anderem nach Lokalisation (introital/tief), Zeitpunkt (primär/sekundär), Verlauf (zyklusabhängig/zyklusunabhängig) oder Ätiologie (organisch/funktionell/psychosozial) [26, 27].

In der Fachliteratur wird insbesondere die multifaktorielle Pathogenese hervorgehoben, die vor allem im Wochenbett sehr komplex sein kann und verschiedene Einflussfaktoren umfasst. Hierzu zählen, ähnlich wie bei sexuellen Veränderungen allgemein, geburtshilfliche Faktoren wie Geburtsmodus und Geburtsverletzungen sowie psychische Faktoren wie die Angst vor Schmerzen, traumatische Geburtserfahrungen, Müdigkeit, Stress, aber auch soziokulturelle Einflussfaktoren [5, 28-32]. Auch partnerschaftliche Gewalt [19], bereits vorbestehende Dyspareunie [5, 19], Primiparität und nichthormonelle Kontrazeptionsmethoden [19, 29] könnten das Risiko erhöhen, nach der Geburt unter Dyspareunie zu leiden. Vor allem stillende Frauen sind häufiger von Dyspareunie betroffen, da die hormonellen Veränderungen zu vaginaler Trockenheit führen [28]. Die heterogenen Studienergebnisse zeigen, dass Dyspareunie nicht auf einen einzelnen Auslöser zurückgeführt werden kann, sondern durch ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren entsteht.

Aufgrund der multifaktoriellen Genese der Dyspareunie sind Diagnostik und Behandlung verschiedenen Fachdisziplinen zuzuordnen. Dies kann zu unklaren Zuständigkeiten in der Versorgung führen [22, 26, 33]. Gleichzeitig erfordert die Behandlung häufig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, Physiotherapie, Sexualtherapie, Schmerztherapie sowie Psychosomatik bzw. Sexualmedizin, um den unterschiedlichen Ursachen des Beschwerdebildes gerecht zu werden [22, 26, 33].

Die Prävalenz von Dyspareunie im Wochenbett wird sehr unterschiedlich angegeben und schwankt in der Literatur stark. Mögliche Einflussfaktoren auf die Prävalenz sind unter anderem die Vorgeschichte der Frauen sowie die Zeitpunkte der Erhebung nach der Geburt. Grundsätzlich nimmt die Prävalenz postpartaler Dyspareunie mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Geburt ab. Eine aktuelle Metaanalyse aus dem Jahr 2020 kommt unabhängig von Geburtsmodus oder sonstigen möglichen beeinflussenden Faktoren auf eine Prävalenz von 42 % zwei Monate nach der Geburt, 43 % nach zwei bis sechs Monaten und 22 % sechs bis zwölf Monate nach der Geburt [6]. Andere Studien berichten von bis zu 37,5 % von Dyspareunie betroffenen Frauen zwölf Monate nach der Geburt [5]. Ein relevanter Anteil von Frauen kämpft auch in den weiteren Monaten und Jahren mit den Schmerzen. Selbst nach 18 Monaten berichten in einer Langzeitstudie noch 22,6 % der Frauen von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr [34]. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Dyspareunie nicht nur ein Problem des frühen Wochenbetts ist, auch wenn hier die Prävalenz am höchsten ist. Außerdem können Schmerzen anhalten und chronifizieren, und somit langfristig bestehen bleiben. Studien konnten hier einen Zusammenhang zwischen postpartalen Beckenbodenstörungen und psychischen Belastungen nachweisen [35]. Vor diesem Hintergrund kommt dem Hilfesuchverhalten betroffener Frauen sowie dem Zugang zu professioneller Unterstützung eine besondere Bedeutung zu.

1.6. Hilfesuche im Gesundheitssystem und Auswirkungen

Damit betroffene Frauen eine fachliche Einschätzung ihrer Beschwerden sowie gegebenenfalls eine angemessene Behandlung erhalten können, ist der Kontakt zum Gesundheitssystem erforderlich. Dieser kann entweder durch die aktive Hilfesuche der Betroffenen entstehen oder dadurch zustande kommen, dass Gesundheitsfachpersonen sexuelle Beschwerden routinemäßig und proaktiv ansprechen. An dieser Schnittstelle entscheidet sich häufig, ob eine adäquate Versorgung erfolgt oder ob Beschwerden unerkannt und unbehandelt bleiben.

Hilfesuchverhalten wird definiert als Prozess, in dem Personen bei wahrgenommenen körperlichen, psychischen oder sozialen Problemen Unterstützung suchen, um ihre Situation zu verstehen, zu bewältigen oder zu verbessern [36]. Ob Hilfe gesucht wird, und in welcher Form dies geschieht, kann durch persönliche, gesellschaftliche, kulturelle und strukturelle Faktoren beeinflusst werden [36]. Ausschlaggebend für die Hilfesuche ist hierbei nicht allein das Vorhandensein von Beschwerden, sondern vor allem die subjektive Wahrnehmung und Wertung dieser als behandlungs- oder unterstützungsbedürftig [36, 37]. Dieses Verhalten kann auch als „illness behavior“, also „Krankheitsverhalten“ bezeichnet werden – entscheidend für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe ist die subjektive Wahrnehmung und Interpretation der Symptome [38]. Dies bedeutet, dass ein Verständnis von und Wissen über den eigenen Körper vorhanden sein muss, um Symptome ausreichend einschätzen zu können. Allerdings mangelt es vielen Frauen an Informationen über ihren eigenen Körper sowie über postpartale

Sexualität und Beckenbodenstörungen bereits während der Schwangerschaft [3, 13, 39]. So weisen schwangere Frauen eindeutige Wissenslücken zu Beckenbodenbeschwerden wie Urin- und Stuhlinkontinenz sowie Prolapssymptomen auf [40]. Die Folge ist, dass Beschwerden von Betroffenen als Einzelfall wahrgenommen werden, und diese hoffen, dass sich ihre Probleme von selbst lösen – sie sind zu beschämt, offen darüber zu sprechen [39]. Hilfesuchverhalten von Personen mit sexuellen Dysfunktionen wird von Stigmatisierung, Tabuisierung und Normalisierung der Symptome geprägt [37]. Außerdem halten die Angst vor Verurteilung und schlechte Kommunikation mit Gesundheitsfachpersonal Betroffene davon ab, sich Hilfe zu suchen [41].

Allerdings beeinflussen die eigene sexuelle Funktion und Dysfunktion die Lebensqualität von Frauen stark – vor allem in der Zeit nach der Geburt sind die Auswirkungen enorm [42]. Persistierende Dyspareunie kann zu Depressionen, Angststörungen, einer Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzen, einem negativem Körperbild und niedrigem Selbstwertgefühl führen [20]. Andere mögliche Folgen bei fehlender Behandlung sind der Verlust von sexuellem Interesse, die Vermeidung sexueller Aktivität und eine Belastung der Partnerschaft [20]. Dies unterstreicht die Relevanz der Erkennung und Behandlung der Dyspareunie.

1.7. Sexualität von Frauen und Paaren im Fokus der Hebammenarbeit

Hebammen kommt in der Begleitung von Frauen während Schwangerschaft und Wochenbett eine besondere Rolle zu. Hebammen in Deutschland begleiten jene Frauen, die sie im häuslichen Wochenbett betreuen, häufig bereits während der Schwangerschaft, resultierend in einer Kontinuität der Betreuung. Durch wiederholte Kontakte, meist in häuslicher Umgebung, entstehen Bindung und Vertrauen. Hebammen fördern die Physiologie, betrachten Frau und Kind als Einheit und halten eine beratende, erkennende und unterstützende Position inne. Da Hebammen dazu verpflichtet sind, Frauen mit erkannten Pathologien an Ärzt*innen weiterzuleiten [43], können sie als Lotsinnen im Gesundheitssystem bezeichnet werden, die die interprofessionelle Betreuung zentral steuern. Hebammen kommt somit eine grundlegende Verantwortung für die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit von Frauen zu, einschließlich ihrer sexuellen Gesundheit [44]. Der professionelle Anspruch von Hebammen umfasst eine achtsame, unterstützende und bedarfsorientierte Begleitung, die eine ergebnisoffene und kompetente Beratung zum Ziel hat [45]. Hebammen könnten vor diesem Hintergrund also eine zentrale Rolle in der Aufklärung über sexuelle Veränderungen, der Identifikation betroffener Frauen sowie der Weiterleitung an Fachpersonen spielen.

Doch gleichzeitig stellt Sexualität ein vielschichtiges und ebenso sensibles Handlungsfeld innerhalb der Hebammenarbeit dar. Grundsätzlich gilt sie sowohl im Austausch von Patient*innen und medizinischem Fachpersonal als auch im Gesundheitssystem insgesamt als Tabuthema [46]. Hebammen und weitere Akteur*innen im Gesundheitssystem nehmen die Beratung zu sexualitätsbezogenen Symptomen häufig als konfliktbehaftetes Umfeld wahr [3,

13]. Befragte Hebammen bezeichnen Sexualität im Wochenbett als „*bedeutungsvolles, intimes und von partnerschaftlichen Machtverhältnissen geprägtes Phänomen*“ [45]. Zusätzliche Unsicherheiten entstehen durch die bislang unzureichende Thematisierung sexueller Gesundheit im Hebammenstudium. Diese kann zu sprachlichen Hemmungen und Zurückhaltung führen und das Spannungsfeld zwischen dem professionellen Beratungsauftrag und den Herausforderungen in der praktischen Umsetzung verstärken [45]. Außerdem wird die Beratung zu Sexualität im Wochenbett von eigenen Erfahrungen und individuellen Ansichten geprägt [45]. Hinweise aus der Literatur zeigen, dass sowohl fehlende kommunikative Kompetenzen als auch Wissenslücken bei Fachpersonal dazu führen können, sexuelle Themen in Kontakt mit Patientinnen zu vermeiden [45, 47]. Darüber hinaus können Faktoren wie Alter, Herkunft, Geschlecht und sexuelle Identität Hürden in der Kommunikation sexueller Themen zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*innen darstellen [47]. Denn Unterschiede in kulturellen Vorstellungen von Sexualität und Unsicherheiten bezüglich geschlechtlicher oder sexueller Vielfalt oder Schamgefühle können die Kommunikation beeinflussen und zu Missverständnissen führen [47]. So werden wenige Frauen von Hebammen auf ihre sexuelle Gesundheit und mögliche Beschwerden angesprochen [48].

Trotz der hohen Relevanz sexueller Gesundheit für die Hebammenarbeit bestehen in der Versorgungspraxis demnach weiterhin Herausforderungen. Hebammen können eine zentrale Rolle in der Unterstützung betroffener Frauen einnehmen; dieses Potenzial wird jedoch bislang nicht in allen Fällen ausgeschöpft.

1.8. Relevanz für die Hebammenwissenschaft

Begrenzte Literatur erschwert in jüngeren Disziplinen wie der Hebammenwissenschaft die Durchführung systematischer Reviews [49]. Dennoch besteht die Notwendigkeit, bestehende Erkenntnisse systematisch zusammenzuführen und hebammenwissenschaftliche Forschung gezielt weiterzuentwickeln. Dadurch können berufsspezifische Perspektiven, Handlungsfelder und Versorgungsansätze der Hebammen evidenzbasiert weiterentwickelt und die Qualität der Betreuung von Frauen und Familien nachhaltig verbessert werden.

Postpartale Dyspareunie ist Teil des Wochenbetts und damit eines zentralen Gegenstandsreichs der Hebammenwissenschaft. Die Auseinandersetzung mit den Erfahrungen betroffener Frauen trägt daher zum Verständnis der Gesundheit von Frauen nach der Geburt bei. Außerdem können durch die Analyse von Erfahrungen mit dem Versorgungssystem mögliche Versorgungslücken identifiziert und langfristig Ansatzpunkte für deren Schließung aufgezeigt werden. Dies kann dazu beitragen, die Qualität der Wochenbettbetreuung nachhaltig zu verbessern. Die Literatur weist außerdem darauf hin, dass sexualitätsbezogene Themen in der Hebammenarbeit von zunehmender Relevanz sind, um eine achtsame, unterstützende und bedarfsorientierte Begleitung sicherzustellen. Dies umfasst sowohl die Erweiterung der

fachlichen Kompetenzen als auch die kritische Reflexion eigener Vorstellungen zu Sexualität, Geschlecht und Mutterschaft [3, 45, 47, 50].

Weiterführend ergibt sich die Relevanz für die Hebammenwissenschaft aus der vorhandenen Forschungslücke. Es existieren nur wenige Quellen, die sich gezielt und differenziert mit Dyspareunie im Wochenbett befassen. Insbesondere die Wahrnehmung der eigenen Beschwerden, die Faktoren, welche die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung beeinflussen sowie Erfahrungen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem sind wenig erforscht. Eine systematische Zusammenführung der Erkenntnisse zum Umgang von Frauen mit postpartaler Dyspareunie und den daraus abzuleitenden Konsequenzen für die Hebammenarbeit liegt bisher nicht vor. Insbesondere vor dem Hintergrund der fortschreitenden Akademisierung der Hebammenwissenschaft erscheint es daher bedeutsam, die vorhandene Evidenz strukturiert aufzubereiten und im Hinblick auf die Versorgungspraxis zu analysieren.

1.9. Ziel der Arbeit

Auf dieser Grundlage ergibt sich folgende Forschungsfrage für diese Arbeit: Welche Erkenntnisse werden in der Literatur zu den Erfahrungen von Frauen im Umgang mit Dyspareunie im Wochenbett beschrieben und welche Implikationen lassen sich daraus für die Hebammenarbeit ableiten? Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, im Rahmen eines Scoping Reviews die vorhandene Literatur zu den Erfahrungen von Frauen im Umgang mit postpartaler Dyspareunie systematisch zusammenzuführen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Hilfesuchverhalten der betroffenen Frauen. Basierend darauf werden Implikationen für die kontinuierliche Hebammenbetreuung im Wochenbett in Deutschland abgeleitet. Auf diese Weise soll ein Beitrag dazu geleistet werden, sexualitätsbezogene Beschwerden im Wochenbett stärker in den Fokus der Hebammenarbeit zu rücken und eine sensible, enttabuisierende, bedarfsorientierte Hebammenbetreuung zu fördern.

2. Methodik

In diesem Kapitel werden die methodischen Grundlagen des Studiendesigns beschrieben und das methodische Vorgehen im Detail aufgeführt.

2.1. Studiendesign eines Scoping Reviews

Scoping Reviews verfolgen das Ziel, einen Überblick über den aktuellen Wissensstand in einem häufig noch wenig erforschten oder heterogenen Forschungsbereich zu liefern. Im Gegensatz zu einer rein beschreibenden Zusammenstellung der Literatur erfordern Scoping Reviews eine analytische Neuinterpretation der Literatur [49]. Die Ergebnisse einzelner Studien werden demnach systematisch verglichen und hinsichtlich übergeordneter Muster und Zusammenhänge analysiert. So können Forschungslücken identifiziert werden und erste Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung abgeleitet werden [51, 52].

Vor dem Hintergrund, dass die Hebammenwissenschaft als junge akademische Disziplin gilt und das Forschungsfeld postpartaler Sexualität und Dyspareunie noch heterogen und unzureichend erschlossen ist, eignet sich dieses Vorgehen besonders. Außerdem wird eine Kartierung der vorhandenen Evidenz und ein breiter Überblick über den aktuellen Forschungsstand angestrebt, weshalb die Beantwortung der Forschungsfrage mittels eines Scoping Reviews eine geeignete Wahl darstellt.

Nach Arksey und O'Malley (2005) kann in einem Scoping Review eine Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Studien optional erfolgen [51]. So lassen sich Forschungslücken nicht nur inhaltlich, sondern auch hinsichtlich methodischer Qualität identifizieren, die Studien können faktenbasiert eingeordnet und differenzierter interpretiert werden. Deshalb erfolgte in diesem Fall eine Bewertung der eingeschlossenen Studien.

Die methodische Vorgehensweise dieser Arbeit orientiert sich an den etablierten Rahmenkonzepten von Arksey und O'Malley (2005) [51] sowie deren Weiterentwicklungen durch Levac et al. (2010) [53] und den Empfehlungen von Elm et al. (2019) [52]. Dementsprechend folgt das Review einem strukturierten, mehrstufigen Prozess, welcher folgende Phasen umfasst: Phase 1: Identifizierung der Forschungsfrage, Phase 2: Identifizierung relevanter Studien, Phase 3: Studiena Auswahl, Phase 4: Darstellung der Daten, Phase 5: Zusammenstellung, Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse. Im Anschluss wurden die eingeschlossenen Studien in ihrer methodischen Qualität bewertet. Im Folgenden werden die einzelnen Phasen des methodischen Vorgehens näher erläutert.

2.2. Methodisches Vorgehen

2.2.1. Phase 1: Identifizierung der Forschungsfrage

Die Formulierung der Forschungsfrage stellt einen zentralen Ausgangspunkt des Scoping Reviews dar, da sie maßgeblich das gesamte methodische Vorgehen, insbesondere die Suchstrategie, die Auswahlkriterien sowie die Datenextraktion und -analyse, steuert. Eine präzise definierte Fragestellung trägt wesentlich zur strukturieren und effizienten Literatursuche bei und bildet die Grundlage für eine transparente und nachvollziehbare Durchführung des Reviews [52]. Zur systematischen Entwicklung der Forschungsfrage wurde das für Scoping Reviews etablierte Schema „Population, Concept, Context“ (PCC) genutzt [52]. Dieses ermöglicht eine klare inhaltliche Strukturierung der Fragestellung und unterstützt zugleich die Ableitung relevanter Suchbegriffe. Im vorliegenden Fall wurde das Schema wie folgt auf die Thematik angewandt: Die Population (P) umfasst Frauen mit postpartaler Dyspareunie. Das Konzept (C) bezieht sich auf das Hilfesuchverhalten der Betroffenen, einschließlich wahrgenommener Barrieren, möglicher Tabuisierung sowie der Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen. Es soll erfasst werden, welche Erfahrungen betroffene Frauen im Umgang mit ihren Beschwerden mit dem Gesundheitssystem machen, und welche Faktoren ihr Hilfesuchverhalten beeinflussen.

Durch den Blick auf die Lebenssituation und die vorherrschenden Versorgungsstrukturen, sollen Rückschlüsse auf eventuelle Probleme, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten möglich werden. Der Kontext (C) beschreibt die postpartale Versorgungssituation, welche sich hierbei auf das gesamte Gesundheitssystem bezieht. Hierzu gehören klinische Versorgungskonzepte, aber auch häusliche Betreuungssettings. In Tabelle 2 wird das PCC-Schema übersichtlich dargestellt.

Tabelle 2 – PCC-Schema

Population (P)	Frauen mit postpartaler Dyspareunie
Konzept (C)	Hilfesuchverhalten der Betroffenen
Kontext (C)	postpartale Versorgungssituation

Auf Grundlage dieses PCC-Schemas wurde folgende Forschungsfrage formuliert: Welche Erkenntnisse werden in der Literatur zu den Erfahrungen von Frauen im Umgang mit Dyspareunie im Wochenbett beschrieben und welche Implikationen lassen sich daraus für die Hebammenarbeit ableiten?

Der Begriff „Umgang“ wird in diesem Zusammenhang spezifisch als Interaktion mit medizinischem Fachpersonal verstanden, insbesondere im Hinblick auf das Hilfesuchverhalten betroffener Frauen sowie deren Kommunikation von Beschwerden. Entsprechend umfasst die Analyse jegliche Einflussfaktoren innerhalb der Versorgungssituation.

Gemäß den methodischen Empfehlungen von Arksey und O'Malley (2005) ist es im Rahmen von Scoping Reviews sinnvoll, Forschungsfragen vergleichsweise breit zu formulieren, um die Wahrscheinlichkeit zu minimieren, relevante Quellen zu übersehen. Gleichzeitig erfordert dieses Vorgehen eine sorgfältige Steuerung der Such- und Auswahlstrategie, um eine unüberschaubare Datenmenge zu vermeiden [53]. Vor diesem Hintergrund wurde demnach bewusst ein breiter gefasster Begriff gewählt, während im weiteren Verlauf der Literaturrecherche und Studiauswahl ein besonderer Fokus auf inhaltlich relevante und zur Fragestellung passende Quellen gelegt wurde.

2.2.2. Phase 2: Identifizierung relevanter Studien

Die Identifizierung relevanter Studien – sprich die Literaturrecherche – erfolgte in einem mehrstufigen, iterativen Suchprozess, wie er auch von von Elm et al. (2019) empfohlen wird [52]. Zu Beginn wurde eine breit angelegte orientierende Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick über den bestehenden Forschungsstand zur Dyspareunie im Wochenbett sowie zu angrenzenden Themenfeldern zu gewinnen. Hierzu zählten insbesondere Studien zur Prävalenz, zu Risikofaktoren sowie zu allgemeinen sexuellen Gesundheitsproblemen im postpartalen Zeitraum. Diese initiale Suchphase diente der Sensibilisierung für die thematische Breite des Forschungsfeldes und der Identifikation zentraler Begriffe und Konzepte. Aufbauend darauf wurde die Suchstrategie schrittweise weiterentwickelt und präzisiert. Im Sinne eines

iterativen Vorgehens wurden Suchbegriffe kontinuierlich angepasst, erweitert und durch Synonyme ergänzt. Dabei wurden sowohl unterschiedliche terminologische Varianten für den postpartalen Zeitraum (z. B. „postpartum“, „postnatal“, „after childbirth“) als auch verschiedene Bezeichnungen für Dyspareunie, beziehungsweise verwandte Begriffe (z. B. „painful intercourse“, „sexual problems“, „pelvic pain“) berücksichtigt. Ziel war es, die in der Literatur verwendete terminologische Vielfalt möglichst umfassend abzubilden und somit die Sensitivität der Suche zu erhöhen. Nach Abschluss dieser explorativen Phase wurde eine systematische Literaturrecherche in den medizinischen Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Eingeschlossen wurden ausschließlich empirische Primärstudien, nicht berücksichtigt wurde sogenannte graue Literatur, wie Kommentare, Leitlinien, Fallberichte, theoretische Arbeiten sowie Studien ohne empirische Datengrundlage. Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, um klar zu definieren, welche Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage als relevant betrachtet werden. Sie stellen ein zentrales methodisches Element dar, um die Studienauswahl systematisch, transparent und nachvollziehbar zu gestalten [52]. Die Entwicklung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte auf Grundlage des PCC-Schemas, die festgelegten Kriterien finden sich in Tabelle 3.

Tabelle 3 – Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschluss	Ausschluss
P (Population)	Frauen mit Dyspareunie/Schmerzen beim Geschlechtsverkehr postpartal; Studien bis zu drei Jahre nach der Geburt; Einlings- und Mehrlingsschwangerschaften; Primipara und Multipara	Beschwerden ohne Zusammenhang mit der postpartalen Phase; Studien zu Männern/Paaren ohne separate Auswertung der Frauenperspektive; Beschwerden, die nicht auf Dyspareunie/sexuelle Schmerzen bezogen sind
C (Konzept)	Hilfesuchverhalten von Frauen bei postpartaler Dyspareunie oder sexuellen Beschwerden; wahrgenommene Barrieren und Einflussfaktoren; Kommunikation mit Gesundheitsfachpersonen; Erfahrungen mit professioneller Unterstützung und Versorgung	Studien mit ausschließlichem Fokus auf Prävalenz, Ursachen, Risikofaktoren oder Therapieformen ohne Bezug zum Hilfesuchverhalten; Untersuchungen zu allgemeiner Sexualität nach der Geburt ohne Bezug zu Beschwerden und Hilfesuche; Studien mit Fokus auf dem Verhalten von Gesundheitsfachpersonen; reine Interventions- oder Programmbeschreibungen ohne empirische Daten
C (Kontext)	Postpartale Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems; ambulante und stationäre Betreuungssettings; klinische und häusliche Versorgung; Interaktionen mit Gesundheitsfachpersonen	Studien ohne Bezug zur gesundheitlichen Versorgung; Untersuchungen zu rein informeller Unterstützung ohne Bezug zum Gesundheitssystem; nicht-postpartale Kontexte

Auf eine zeitliche Eingrenzung der Veröffentlichungsdaten wurde verzichtet, um die begrenzte verfügbare Literatur zum Themenfeld möglichst umfassend darstellen zu können. Eingeschlossen wurden Studien in deutscher und englischer Sprache, wobei keine Einschränkung hinsichtlich des Studiendesigns vorgenommen wurde, um dem explorativen Charakter eines Scoping Reviews gerecht zu werden. Der Suchzeitraum erstreckte sich vom 26. März 2026 bis zum 16. April 2026. Entsprechend methodischer Empfehlungen zur Durchführung von Literaturrecherchen basierte die Suchstrategie auf der Kombination von Schlagwörtern und Freitextbegriffen, die mithilfe Boolescher Operatoren (AND, OR, NOT) logisch verknüpft wurden [54]. Zur Erhöhung der Sensitivität der Suche wurden geeignete Suchbegriffe mittels Trunkierung (*) erweitert, um verschiedene Wortendungen und Schreibvarianten zu erfassen [54]. Einige Suchbegriffe wurden gezielt auf Titel- und Abstractfelder beschränkt, um die Relevanz der Treffer zu erhöhen und thematisch passende Studien besser zu identifizieren. Die vollständigen Suchstrings für die jeweiligen Datenbanken sind in Tabelle 4 und 5 dargestellt. Ergänzend zur systematischen Datenbanksuche erfolgte eine manuelle Literaturrecherche, einschließlich der Durchsicht von Referenzlisten identifizierter Studien im Sinne des für den explorativen Charakter von Scoping Reviews typischen „Berry picking“-Ansatzes [52]. Dieses Vorgehen diente dazu, potenziell relevante Studien zu identifizieren, die über die strukturierte Datenbanksuche hinaus nicht erfasst wurden. Insgesamt zielte die Suchstrategie darauf ab, eine möglichst umfassende und gleichzeitig strukturierte Erfassung der relevanten Literatur zu gewährleisten.

Tabelle 4 – Suchstring PubMed nach PCC-Schema

PCC	Suchbegriff	Ergebnisse	Datum
P	after childbirth [Title/Abstract] OR after birth [Title/Abstract] OR postpartum [Title/Abstract] OR postnatal [Title/Abstract]	229.993	16.04.2026
C	dyspareunia [Title/Abstract] OR perineal morbidity [Title/Abstract] OR sexual dysfunction [Title/Abstract] OR sexual pain [Title/Abstract] OR painful intercourse [Title/Abstract]	20.796	16.04.2026
C	professional [Title/Abstract] OR help* [Title/Abstract] OR support [Title/Abstract] OR health-seeking behaviour [Title/Abstract] OR health-care [Title/Abstract]	3.363.593	16.04.2026
gesamter Term	(after childbirth [Title/Abstract] OR after birth [Title/Abstract] OR postpartum [Title/Abstract] OR postnatal [Title/Abstract]) AND (dyspareunia [Title/Abstract] OR vaginismus [Title/Abstract] OR perineal morbidity [Title/Abstract] OR sexual dysfunction [Title/Abstract] OR sexual pain [Title/Abstract] OR painful intercourse [Title/Abstract]) AND (professional [Title/Abstract] OR help* [Title/Abstract] OR support [Title/Abstract] OR health-seeking behaviour [Title/Abstract] OR health-care [Title/Abstract])	89	16.04.2026

Tabelle 5 – Suchstring CINAHL nach PCC-Schema

PCC	Suchbegriff	Ergebnisse	Datum
P	"postpartum" or "postnatal" or "after birth" or "after child-birth"	70.414	16.04.2026
C	"dyspareunia" or "painful intercourse" or "sexual pain" or "sexual dysfunction" or "perineal morbidity"	10.163	16.04.2026
C	"help seeking" or "help*" or "support" or "professional" or "health-seeking behaviour" or "health-care"	1,744,176	16.04.2026
gesamter Term	("postpartum" or "postnatal" or "after birth" or "after child-birth") AND ("dyspareunia" or "painful intercourse" or "sexual pain" or "sexual dysfunction" or "perineal morbidity") AND ("help seeking" or "help*" or "support" or "professional" or "health-seeking behaviour" or "health-care")	54	16.04.2026

2.2.3. Phase 3: Studienauswahl

Die Literatursauswahl erfolgte gemäß den Empfehlungen des PRISMA-ScR-Statements und in Anlehnung an das PRISMA-2020-Flussdiagramm, sodass der Auswahlprozess einem mehrstufigen, transparent dokumentierten PRISMA-Schema folgt [55]. Diese nachvollziehbare Darstellung der Studienselektion stellt einen wesentlichen Bestandteil von Scoping Reviews dar [52, 56], und wird im Ergebnisteil genauer beschrieben. Die Verwaltung der Suchergebnisse erfolgte mithilfe der Literaturverwaltungssoftware EndNote 20, in welche die Studien importiert wurden. Doppelte Treffer aus den beiden verwendeten Datenbanken wurden zunächst automatisch mithilfe von EndNote und anschließend ergänzend manuell identifiziert und entfernt. Im Anschluss wurden Titel und Abstracts aller identifizierten Studien gesichtet, und diejenigen Studien ausgeschlossen, die nicht auf das PCC-Schema zutrafen. Im Anschluss erfolgte die Volltextprüfung der verbliebenen Studien. Um hier eine Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde eine Übersichtstabelle angelegt, in welcher die wichtigsten Daten dokumentiert wurden (Titel, Autor*innen, Jahr, Zielsetzung, Methodik, Ergebnisse). Der Ausschluss von Studien erfolgte anhand der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Die Exklusionsgründe der nicht verwendeten Volltexte finden sich in Anhang 1. Die finale Selektion der inkludierten Studien stellt den Abschluss dieser Phase dar.

2.2.4. Phase 4: Darstellung der Daten

In diesem zentralen, vierten Schritt des Scoping Reviews wurden die ausgewählten Studien systematisch aufbereitet und in strukturierter Form dargestellt. Ziel dieser Phase war es, eine Vergleichbarkeit der ausgewählten Studien herzustellen sowie die wichtigsten Informationen der Studien übersichtlich und transparent darzustellen. Diese strukturierte Darstellung liefert die Grundlage für die spätere Synthese der Ergebnisse. Die Datenextraktion erfolgte mithilfe eines standardisierten Charting-Formulars, das auf den methodischen Empfehlungen von Arksey und O'Malley (2005) [51] sowie den Leitlinien von von Elm et al. (2019) [52] basiert.

Erfasst wurden dabei folgende Variablen: Autor*innen, Publikationsjahr, Titel der Studie, Zielsetzung, Population, Studiensetting, Methodik, Operationalisierung bzw. Definition von Dyspareunie, zentrale Ergebnisse sowie abgeleitete Empfehlungen (s. Anhang 2). Im Sinne der methodischen Weiterentwicklung nach Levac et al. (2010) wurde das Extraktionsformular zunächst pilotiert und im Verlauf des Analyseprozesses iterativ angepasst, um die Passung zu den eingeschlossenen Studien zu optimieren und eine konsistente Datenerfassung sicherzustellen [53]. Dadurch konnte gewährleistet werden, dass sowohl die inhaltliche Heterogenität der Literatur als auch die Anforderungen der Forschungsfrage angemessen abgebildet wurden.

2.2.5. Phase 5: Zusammenstellung, Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse

Es wurden die Ergebnisse von fünf Studien aus vier unterschiedlichen Ländern untersucht. Die Forschungsfrage, welche in Phase eins definiert wurde, kann durch die Darstellung der Daten aus Phase vier beantwortet werden. Die Ergebnisse werden in einer deskriptiven, manuell erstellten Zusammenfassung dargestellt. Diese Art der Darstellung ist eine Möglichkeit, den Lesenden die gefundenen Ergebnisse eines Scoping Reviews zu präsentieren [53]. Hierbei wurden wiederkehrende Aussagen und Erkenntnisse sowie übergreifende Muster inhaltlich gebündelt, um die methodisch und in der Ergebnisdarstellung heterogenen Studien zusammenzuführen und ein einheitliches, übersichtliches Bild zu generieren. Diese Synthese erfolgte induktiv durch wiederholte, systematische Analyse der extrahierten Ergebnisse. So konnten diese thematisch gruppiert werden. Wichtig hierbei war, die ursprünglichen kontextuellen Bedeutungen der einzelnen Studien nicht zu verlieren. Die Auswertung erfolgte vollständig manuell und anhand der in Phase vier erstellten Tabellen. Dadurch konnte der explorative und dynamische Prozess eines Scoping Reviews gewährleistet werden.

2.3. Studienbewertung

Die Bewertung der Studien erfolgte mithilfe passender Bewertungsinstrumenten, die entsprechenden Tabellen befinden sich im Anhang 3. Es wurden zwei Querschnittsstudien [57, 58], eine longitudinale Beobachtungsstudie [59], eine Q-Methodik-Studie [60] sowie eine Mixed-Methods-Studie [61] bewertet. Die Bewertungsinstrumente wurden eigens übersetzt.

Die methodische Qualität der beiden eingeschlossenen Querschnittsstudien [57, 58] wurde mit der „Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies“ [62] bewertet. Die Bewertung erfolgt hierbei anhand von acht Kriterien, die jeweils mit „Ja“, „Nein“, „Unklar“ und „Nicht anwendbar“ bewertet werden. Ziel ist zu prüfen, inwieweit mögliche systematische Verzerrungen in Planung, Durchführung und Analyse berücksichtigt wurden. Da das Instrument keine standardisierte Gesamtpunktzahl vorsieht, erfolgte die abschließende

Einschätzung der methodischen Qualität auf Grundlage einer zusammenfassenden Betrachtung der einzelnen Kriterien.

Für die longitudinale Beobachtungsstudie [59] wurde zur Bewertung der internen Validität das „Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies“ des National Heart, Lung, and Blood Institute [63] genutzt. Mithilfe von 14 Kriterien, beantwortbar mit „Ja“, „Nein“, „Nicht anwendbar“ oder „Unklar“, werden potenzielle Verzerrungsrisiken systematisch eingeschätzt. Auch hier ist keine formale Gesamtpunktzahl für die Bewertung vorgegeben, die Gesamtbewertung ergibt sich aus der zusammenfassenden Einschätzung des Verzerrungsrisikos.

Für die Bewertung der Studienqualität der Q-Methodik-Studie [60] wurde die „Good Reporting Standards for Mixed Methods Studies Guidelines“ (GRAMMS) [64] genutzt. GRAMMS beinhalten sechs Items, welche die Transparenz und Qualität von Mixed-Methods-Studien überprüfen. Da Q-Methodik-Studien quantitative Interviews und qualitative Methodiken kombinieren, können diese Guidelines für die Bewertung von Q-Methodik-Studien genutzt werden. GRAMMS stellen hierbei mehr einen Leitfaden als eine formale Checkliste dar [64], entsprechend erfolgt auch hier keine feste Punktbewertung, sondern eine individuelle Einschätzung der Qualität.

Die methodische Qualität der Mixed-Methods-Studie [61] wurde mit dem „McGill University Mixed Methods Appraisal Tool“ in der Version 2018 [65] bewertet, welches speziell für die Bewertung von Studien mit qualitativen, quantitativen und gemischten Forschungsansätzen entwickelt wurde. Hierbei wurden von den 25 optionalen Kriterien 15 genutzt, die auf das Studiendesign zutrafen. Zunächst wurde durch zwei Screening-Fragen festgestellt, ob die Bewertung mithilfe dieses Tools möglich ist. Darauf folgten jeweils fünf Fragen zum qualitativen und quantitativen Teil der Studie. Anschließend wurden fünf Kriterien herangezogen, welche die sinnvolle und korrekte Anwendung eines Mixed-Methods-Designs prüfen. Jedes Kriterium wurde mit „Ja“, „Nein“ oder „Unklar“ bewertet, die abschließende Einschätzung erfolgte auf Grundlage einer zusammenfassenden Betrachtung der Kriterien.

Die Ergebnisse der Studienbewertung werden im Ergebnisteil abgebildet.

3. Ergebnisse

Im Folgenden wird die Literatursuche nach PRISMA vollständig abgebildet, außerdem werden die Studien charakterisiert, es erfolgt die Bewertung dieser und abschließend werden die Ergebnisse strukturiert aufgeführt.

3.1. Studienselektion

Die vollständige Abbildung der Literatursuche als Flussdiagramm findet sich in Abbildung 1, im Folgenden erfolgt eine schriftliche Erklärung dieser.

Durch die systematische Literatursuche wurden 89 Studien in PubMed und 54 Studien in CINAHL identifiziert, was zu einem Gesamtergebnis von 143 Studien führt. Von diesen wurden 23 Duplikate entfernt, die restlichen 120 Quellen wurden auf Einschluss geprüft, indem Titel und Abstract gelesen wurden. Nach Ausschluss von 99 Studien aufgrund mangelnder Relevanz für das Thema wurden 21 verbliebene Volltexte angefordert und auf Eignung geprüft. Durch die ergänzende Freihandsuche konnten zusätzlich sieben Quellen identifiziert werden. Auf Grundlage der definierten Ein- und Ausschlusskriterien konnten schließlich fünf Studien in das Scoping Review eingeschlossen werden.

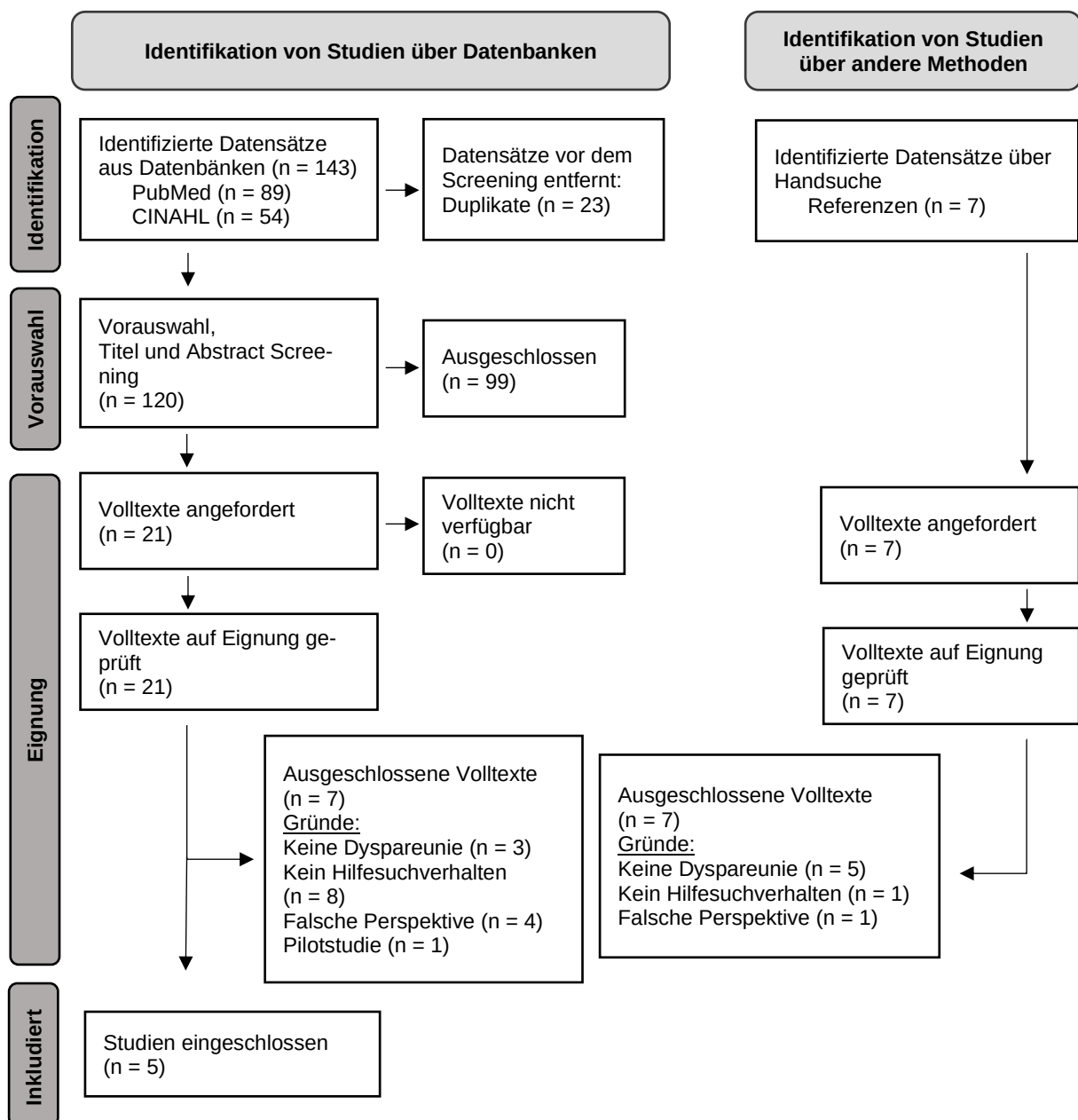


Abbildung 1 – Studienselektion in Anlehnung an PRISMA 2020, eigene Darstellung

3.2. Charakteristika der Studien

Die detaillierte Beschreibung der Studien und deren Ergebnisse sind in Anhang 2 aufgelistet. Im Folgenden werden die Studien hinsichtlich ihres Studiendesigns, ihrer Studienpopulation, der Art und des Zeitpunktes der Datenerhebung sowie hinsichtlich ihrer Definition der Dyspareunie verglichen.

3.2.1. Studiendesign

Alle der fünf inkludierten Studien sind Primärstudien. Drei Studien verfolgten hierbei einen quantitativen Forschungsansatz [57-59], während zwei Studien im Sinne eines Mixed-Methods-Designs quantitative und qualitative Methoden kombinierten [60, 61] (s. Tabelle 6).

Die fünf Studien wurden in vier verschiedenen englischsprachigen Ländern durchgeführt und veröffentlicht.

Tabelle 6 – Studiendesigns der eingeschlossenen Studien

Autor*innen	Titel	Studiendesign	Land
Abrams et al. (2023) [57]	Correlates of health-seeking behavior for sexual dysfunction after childbirth: a cross-sectional study	Querschnittsstudie	Vereinigte Staaten von Amerika
Barrett et al. (2000) [58]	Women's sexual health after childbirth	Querschnittsstudie	England
Glazener et al. (1997) [59]	Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition	Longitudinale Beobachtungsstudie	Schottland
Herron-Marx et al. (2007) [60]	A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity	Q-Methodik-Studie	Irland
O'Malley et al. (2022) [61]	Sexual health issues postpartum—A mixed methods study of women's help-seeking behavior after the birth of their first baby	Mixed-Methods-Studie	Irland

3.2.2. Population

Die Studienpopulationen unterscheiden sich hinsichtlich einiger Faktoren, resultierend aus den Ein- und Ausschlusskriterien sowie aus dem Vorgehen hinsichtlich der Rekrutierung der Teilnehmerinnen. Zwei Studien [57, 61] inkludierten nur Nullipara in ihrer Studie, die restlichen Studien legten keine Kriterien hinsichtlich der Parität fest. Drei Studien rekrutierten ihre Teilnehmerinnen über Geburtskliniken [58, 61], beziehungsweise über eine regionale Geburtskohorte [59], während eine Studie eine webbasierte Umfrageplattform [57] nutzte und eine Studie Teilnehmerinnen einer vorangegangenen Studie [60] rekrutierte. Vier Studien legten als Einschlusskriterium die Geburt eines lebenden Kindes fest [58-61].

Die Studienpopulation variierte zwischen $n=14$ in der Q-methodischen Studie von Herron-Marx et al. (2007) [60] und $n=1249$ in der ersten Phase der longitudinalen Studie von Glazener et al. (1997) [59] (s. Tabelle 7).

Tabelle 7 – Studienpopulation

Abrams et al. (2023) [57]	Barrett et al. (2000) [58]	Glazener et al. (1997) [59]	Herron-Marx et al. (2007) [60]	O'Malley et al. (2022) [61]
n = 531	n = 484	n = 1249/ 1116/438	n = 14	Quantitativ: n = 1041 Qualitativ: n = 21

3.2.3. Art und Zeitpunkt der Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte auf unterschiedliche Weise sowie zu unterschiedlichen Zeitpunkten (s. Tabelle 8). Die Fragebögen wurden in den meisten Fällen postalisch zugesendet [58, 59, 61]. Die Mixed-Methods-Studie nutze semistrukturierte Interviews zur Erhebung der Daten [61]. Die Q-Methodik-Studie, in der Aussagen in ein Raster sortiert werden, nutzte eine Kombination aus Fernsortierung und persönlicher Sortierung [60].

Die Befragungszeitpunkte nach der Geburt sind sehr variabel und schwanken von direkt nach der Entlassung aus der Klinik [59] bis drei Jahre nach der Geburt [57].

Tabelle 8 – Befragung

Studie	Art der Befragung	Zeitpunkt
Abrams et al. (2023) [57]	digitaler Fragebogen	beliebiger Zeitpunkt drei Jahre nach der Geburt
Barrett et al. (2000) [58]	postalische Zusendung des Fragebogens	sechs Monate postpartal
Glazener et al. (1997) [59]	postalische Zusendung der Fragebögen	direkt nach Entlassung aus der Klinik, acht Wochen und zwölf bis 18 Monate nach Geburt
Herron-Marx et al. (2007) [60]	Kombination aus Fernsortierung durch die Teilnehmerinnen und persönliche Sortierung unter Unterstützung durch das Forschungsteam	zwischen zwölf und 18 Monaten nach der Geburt
O'Malley et al. (2022) [61]	<u>quantitativer Teil:</u> postalische Zusendung der Fragebögen	<u>quantitativer Teil:</u> vor der Geburt, drei, sechs, zwölf Monate postpartal
	<u>qualitativer Teil:</u> semistrukturierte Einzelinterviews, Dauer ~55min	<u>qualitativer Teil:</u> mindestens zwölf Monate postpartal

3.2.4. Definitionen Dyspareunie

Die in den eingeschlossenen Studien verwendeten Definitionen und Erhebungsformen von Dyspareunie zeigten eine deutliche Heterogenität (s. Tabelle 9). Nur eine Studie [57] erfasste Dyspareunie mithilfe einer validierten Skala – der „Sexual Function Questionnaire Medical Impact Scale“ (SFQ-MIS). Die SFQ-MIS ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung sexueller Funktionsstörungen und deren Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit und Lebensqualität von Frauen. Innerhalb der Skala wird Dyspareunie über das Auftreten von Schmerzen im Bereich der Vulva, der Vagina und des Beckenbodens im Zusammenhang mit sexueller Aktivität operationalisiert [66]. In drei Studien wurden Teilnehmerinnen allein auf Grundlage ihrer Selbstausskunft als von Dyspareunie betroffen eingestuft [58, 59, 61]. Eine Studie [60] thematisiert in ihrer Studie zu keinem Zeitpunkt, wie Dyspareunie definiert wird.

Tabelle 9 – Definitionen Dyspareunie

Studie	Definition Dyspareunie
Abrams et al. (2023) [57]	SFQ-MIS
Barrett et al. (2000) [58]	mindestens eine Frage mit „Ja“ beantwortet: <ul style="list-style-type: none">- Schmerzen bei der Penetration- Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs- Schmerzen beim Orgasmus
Glazener et al. (1997) [59]	Selbstausskunft der Frauen zu bestehenden perinealen Schmerzen
Herron-Marx et al. (2007) [60]	keine Angabe
O'Malley et al. (2022) [61]	Selbstausskunft der Frauen zu bestehenden Schmerzen im Zusammenhang mit sexueller Aktivität

3.3. Beschreibung und Bewertung der inkludierten Studien

Im Folgenden werden die Studien jeweils in ihrer Zielsetzung und in ihrem methodischen Vorgehen beschrieben. Außerdem werden die Ergebnisse der Studienbewertung für die jeweiligen Studien zusammengefasst. Die ausführlichen und ausgefüllten Tabellen der Qualitätsbewertung befinden sich im Anhang 3.

3.3.1. Abrams et al. (2023)

Abrams et al. (2023) [57] untersuchten mithilfe ihrer Querschnittsstudie Faktoren, die mit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund sexueller Beschwerden innerhalb der ersten drei postpartalen Jahre assoziiert waren. Die Teilnehmerinnen wurden hierfür in drei Gruppen eingeteilt: eine Gruppe ohne sexuelle Dysfunktionen ($n = 82$), eine Gruppe mit sexuellen Dysfunktionen ohne Hilfesuche ($n = 377$) und eine Gruppe mit sexuellen Dysfunktionen mit Hilfesuche ($n = 72$). Im Anschluss wurden univariate, bivariate und multivariate Analysen durchgeführt, um Zusammenhänge feststellen zu können.

Die Studie weist eine gute methodische Qualität auf, wobei die Ergebnisse aufgrund Einschränkungen in der Objektivität und Messvalidität mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren sind. Für die Zuordnung zur Gruppe mit sexuellen Dysfunktionen wurde einheitlich der validierte Fragebogen SFQ-MIS genutzt. Diese Zustandsbeurteilung ist allerdings trotz validierten Fragebogens überwiegend subjektiv, da sie auf Selbstauskunft beruht und keine klinische Untersuchung oder objektive Diagnose erfolgt. Dadurch besteht ein erhöhtes Risiko für Erinnerungsbias sowie eine eingeschränkte Validität und Reliabilität der Erhebung.

3.3.2. Barrett et al. (2000)

Die Querschnittsstudie von Barrett et al. (2000) [58] verfolgte das Ziel, die sexuelle Gesundheit von Frauen nach der Geburt zu erfassen und Einflussfaktoren zu untersuchen, die mit postpartaler Dyspareunie assoziiert waren. Diese wurden mithilfe logistischer Regressionsanalysen berechnet und identifiziert, Ergebnisse wurden ab einem p-Wert von $< 0,05$ als statistisch signifikant betrachtet.

Die methodische Qualität der Studie kann als überwiegend angemessen bewertet werden, wobei Einschränkungen hinsichtlich der Validität und Objektivität der Erhebung zu berücksichtigen sind. Zwar definierte die Studie transparent, wann Frauen als von Dyspareunie betroffen eingestuft wurden – bei Angaben zu schmerzhafter Penetration und/oder Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs und/oder schmerzhaften Orgasmen. Jedoch erfolgte die Erhebung ausschließlich anhand von Selbstauskunft; es wurden weder validierte Instrumente noch klinische diagnostische Verfahren verwendet. Darüber hinaus wurde der genutzte Fragebogen zwar pilotiert, jedoch nicht validiert. Dies muss bei der abschließenden Bewertung der Ergebnisse in Betracht gezogen werden.

3.3.3. Glazener et al. (1997)

Glazener et al. (1997) [59] untersuchten das Sexualverhalten von Frauen nach der Geburt mit besonderem Augenmerk auf den Zeitpunkt der Wiederaufnahme sexueller Aktivität, der Nutzung von Kontrazeption, auftretender Probleme, sowie der Inanspruchnahme von Unterstützung. Um eine entsprechende Entwicklung im Verhalten der Frauen beobachten zu können, wurde eine longitudinale Beobachtungsstudie durchgeführt. Der erste Fragebogen unterschied sich hierbei leicht: Während der Fokus zunächst stärker auf den Erfahrungen in der Klinik lag, richteten die folgenden Fragebögen den Schwerpunkt auf das sexuelle Verhalten. Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet; zur Analyse von Zusammenhängen zwischen sexuellen Problemen und möglichen Einflussfaktoren wurden Gruppenvergleiche sowie eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Die Studie kann in ihrer methodischen Qualität als hoch bewertet werden, wobei eine eingeschränkte zeitliche Trennschärfe zwischen Exposition und Outcome sowie eine fehlende Verblindung der Ergebnisbewertung bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Expositionen und Outcomes wurden überwiegend gleichzeitig innerhalb derselben

Erhebungszeitpunkte mittels retrospektiver Selbstberichte erfasst. Eine eindeutige zeitliche Abfolge zwischen Exposition und Outcome ist daher nicht sicher nachweisbar. Außerdem waren die Ergebnisbewerter*innen hinsichtlich des Expositionsstatus der Teilnehmerinnen nicht verblindet. Die fehlende Verblindung kann die Bewertung der Ergebnisse beeinflussen und zu systematischen Verzerrungen führen.

3.3.4. Herron-Marx et al. (2007)

Herron-Marx et al. (2007) [60] setzten sich mit dem Q-methodischen Ansatz zum Ziel, die Erfahrungen von Frauen mit anhaltenden postnatalen Erkrankungen im Damm- und Beckenbodenbereich zu untersuchen. Hierbei sortierten die Teilnehmerinnen Aussagen zu ihren Erfahrungen mit postpartalen Beschwerden nach dem Grad ihrer Zustimmung. Die Auswertung erfolgte mittels Faktorenanalyse, um gemeinsame Perspektiven und Erfahrungsmuster der Frauen zu identifizieren

Für die Q-Methodik-Studie von Herron-Marx et al. (2007) [60] lassen sich vor allem die klare Begründung der Wahl des methodischen Ansatzes und die nachvollziehbare Darstellung der einzelnen methodischen Schritte positiv hervorheben. Einschränkungen zeigen sich vor allem bei der expliziten Darstellung der qualitativen und quantitativen Elemente in ihrer Integration und bei der Reflexion der Vorteile des gewählten Designs. Insgesamt weist die Studie eine gute methodische Qualität auf, auch wenn die Transparenz der Mixed-Methods-Integration Verbesserungspotenzial erkennen lässt.

3.3.5. O'Malley et al. (2022)

O'Malley et al. (2022) [61] verfolgten mit ihrem Mixed-Methods-Ansatz das Ziel, das Hilfesuchverhalten von Frauen mit sexuellen Gesundheitsproblemen nach der Geburt zu beschreiben. Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mit deskriptiver Statistik, dabei wurden vor allem absolute und relative Häufigkeiten berechnet, um darzustellen, wie viele Frauen bei bestimmten sexuellen Beschwerden Unterstützung in Anspruch nahmen. Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte mittels thematischer Analyse nach Braun und Clarke.

Die Studie erreichte eine sehr gute Qualität im qualitativen Studienteil. Der quantitative Teil weist methodische Schwächen auf, da die Studienteilnehmerinnen nicht repräsentativ für die Zielgruppe waren, außerdem wurden keine Störfaktoren im Studiendesign und in der Auswertung berücksichtigt. Da die Wahl des Mixed-Methods-Designs nicht ausdrücklich begründet wurde, muss hier die Transparenz kritisch betrachtet werden. Insgesamt ergibt sich eine gute Qualität der Studie, herauszuheben sind vor allem die methodischen Einschränkungen im quantitativen Teil.

3.4. Thematische Gruppierung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aufgeschlüsselt und thematisch gruppiert. Hierbei ist das Ziel, inhaltliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede hervorzuheben sowie wiederkehrende Muster innerhalb der Studienergebnisse sichtbar zu machen. Diese Vorgehensweise entspricht der Absicht eines Scoping Reviews, eine strukturierte Übersicht über vorhandene Evidenz zu gewährleisten [53]. Sofern in den Studien aufgeführt, werden Effektmaße (z.B. adjustiertes Odds Ratio (aOR)), 95 %-Konfidenzintervalle (KI) und p-Werte dargestellt.

3.4.1. Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei bestehender Dyspareunie

Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei sexuellen Problemen wurde in vier Studien quantitativ gemessen. Nur O'Malley et al. (2022) [61] differenzierten zwischen einzelnen Formen sexueller Dysfunktionen und konnten daher isolierte Zahlen zur Dyspareunie liefern, während die anderen Studien sexuelle Dysfunktionen unter einem Begriff zusammenfassen, der Dyspareunie einschließt.

Laut Abrams et al. (2023) suchten 16 % der Frauen mit sexueller Dysfunktion, Dyspareunie eingeschlossen, professionelle Hilfe [57]. Barrett et al. (2000) kamen zu einem sehr ähnlichen Ergebnis: 15 % der befragten Frauen mit postpartalen sexuellen Problemen sprachen mit medizinischem Fachpersonal darüber [58]. Bei Glazener et al. (1997) gaben zwei Monate nach der Geburt 25 % der befragten Frauen an, dass sie zwar gerne Unterstützung oder Beratung zu Problemen beim Geschlechtsverkehr gehabt hätten, sich allerdings nicht aktiv darum bemühten; nach 18 Wochen waren es 28 % [59]. Drei Monate nach der Geburt gaben 2,9 % der von O'Malley et al. (2022) befragten Frauen mit Dyspareunie an, mit einer medizinischen Fachkraft über ihre Beschwerden gesprochen zu haben. Nach sechs Monaten waren es 4 %, nach zwölf Monaten 6 % [61].

3.4.2. Einflussfaktoren auf das Hilfesuchverhalten

Vier Studien untersuchen die Faktoren, die das Hilfesuchverhalten der Frauen beeinflussen. Diese sind multifaktoriell und lassen sich in weitere Unterkategorien einteilen.

3.4.2.1. Wahrgenommene Belastung, Persistenz der Beschwerden

In vier Studien wird die wahrgenommene Belastung der Beschwerden sowie die Persistenz der Beschwerden im Zusammenhang mit Hilfesuchverhalten beschrieben.

Abrams et al. (2023) identifizierten die subjektiv empfundene Belastung durch vermindertes sexuelles Verlangen als einen Einflussfaktor auf die Hilfesuche. Es zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der subjektiven Belastung durch vermindertes sexuelles Verlangen und der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (aOR = 7,13; KI: 2,65-19,12) [57]. Außerdem zeigt die Studie, dass Frauen, die Hilfe suchten, in 58,3 % der Fälle berichteten, dass sie nach der Geburt Schmerzen im Bereich des Beckenbodens empfunden hatten, verglichen mit 37,1 % der Frauen, die keine Hilfe suchten ($p < 0,001$) [57]. Auf die

Frage, ob die Frauen zum aktuellen Zeitpunkt Dyspareunie empfanden, antworteten 27,8 % der Hilfe suchenden Frauen und 8,2 % der nicht Hilfe suchenden Frauen mit „Ja“ ($p < 0,001$) [57]. Auch in der multivariablen Analyse war aktuelles Vorliegen von Dyspareunie mit Hilfesuche assoziiert (aOR = 3,41, KI: 1,31–8,87) [57]. Gleichzeitig gaben 6,1 % der befragten Frauen mit sexueller Dysfunktion, die keine professionelle Beratung in Anspruch nahmen, an, ihre Beschwerden nicht als ausreichend einschränkend wahrgenommen zu haben [57]. Glazener et al. (1997) kamen zu dem Ergebnis, dass Frauen mit anhaltenden Problemen, im Vergleich zu Frauen mit vorübergehenden Problemen, häufiger Bedarf nach Unterstützung angaben [59]. O'Malley et al. (2022) ergänzen diese Ergebnisse, da auch in ihrer Studie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe trotz bestehender sexueller Beschwerden gering ausfiel, jedoch mit zeitlichem Verlauf anstieg [61]. Von Herron-Marx et al. (2007) befragte Frauen gaben an, ihre Beschwerden seien nicht gravierend genug, um damit eine*n Allgemeinmediziner*in zu kontaktieren [60]. Allerdings ergab sich bei genauerem Austausch mit den Frauen, dass diese tatsächlich Einschränkungen durch ihre Dysfunktion spürten, die sie beeinträchtigten, was sie zunächst versuchten zu ignorieren [60].

3.4.2.2. *Subjektive Deutung sexueller Beschwerden*

Die subjektive Deutung sexueller Beschwerden wird in allen fünf Studien beschrieben. 9 % der von Barrett et al. (2000) befragten Frauen berichteten, dass sie eine medizinische Fachperson zu sexuellen Problemen wie Schmerzen oder Inkontinenz befragen wollten, jedoch nicht das Gefühl hatten, fragen zu dürfen [58]. O'Malley et al. (2022) kamen im qualitativen Teil der Studie zu dem Ergebnis, dass das Thema der sexuellen Dysfunktionen von Frauen als peinlich erlebt wurde [61]. Frauen gaben auch hier an, nicht das Gefühl zu haben, die Thematik ansprechen zu können. Außerdem dachten sie, sie wären die einzigen mit dieser Art von Problemen, was sie davon abhielt, darüber mit medizinischem Fachpersonal zu sprechen [61]. Diese Isolation wird auch von Herron-Marx et al. (2007) beschrieben, wo Frauen angaben, sich nach der Abschlussuntersuchung in der gynäkologischen Praxis nach sechs Wochen sowie nach Ende der Hebammenbetreuung alleine und isoliert zu fühlen [60]. Außerdem berichteten die befragten Frauen, ihre Beschwerden als etwas wahrzunehmen, das nach einer Geburt dazugehöre [60]. Die Frauen beschuldigten sich selbst, unter anderem aufgrund fehlender Compliance bei der Durchführung von Beckenbodentraining nach der Geburt, der Auslöser für die Probleme zu sein [60]. Außerdem betonten befragte Frauen, dass sie das Thema der sexuellen Dysfunktionen als starkes Tabuthema in der Gesellschaft wahrnahmen, über welches kaum gesprochen wird, und dass sie keine Kenntnisse über Hilfsangebote hatten [60]. 11,9 % der von Abrams et al. (2023) befragten Frauen gaben an, dass sie keine Hilfe suchten, da sie die Beschwerden als normal einschätzten [57], was die anderen Studienergebnisse stützt. Ergänzend berichteten die von O'Malley et al. (2022) befragten Frauen von unrealistischen Vorstellungen über die Zeit nach der Geburt, die unter anderem durch

Darstellungen in sozialen Medien geprägt würden [61]. Dabei gehe es um körperliche Veränderungen sowie Veränderungen in der Beziehung, die dort als wenig oder nicht ausschlaggebend dargestellt würden [61]. Die qualitativen Daten dieser Studie deuten zudem darauf hin, dass innerhalb der befragten Frauen wenig über dieses Thema gesprochen wird. Frauen gaben an, enttäuscht zu sein, dass sie von anderen Frauen nichts über mögliche Probleme erfahren hatten – auf der anderen Seite würden sie selbst anderen Frauen allerdings auch nichts davon erzählen, um ihnen keine Angst zu machen [61].

3.4.2.3. Medizinisches Fachpersonal

Drei Studien liefern Daten zum Verhalten von medizinischem Fachpersonal im Kontakt mit Frauen.

Barrett et al. (2000) berichten, dass mit 28 % der befragten Frauen während der Schwangerschaft über Sex nach der Geburt gesprochen wurde, diese Gespräche fanden unter anderem mit Hebammen und Geburtsvorbereitungskursleiterinnen statt [58]. Nach der Geburt erhielten 69 % der Frauen Informationen von medizinischem Fachpersonal zu Geschlechtsverkehr, der Fokus dieser Gespräche lag meist auf der Verhütung [58]. Insgesamt gaben 96 % an, dass mit ihnen über Kontrazeption nach der Geburt gesprochen wurde, im Gegensatz dazu mit 29 % über den „richtigen“ Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs [58]. 18 % erhielten Informationen zu möglichen sexuellen Veränderungen oder Problemen nach der Geburt, und 45 % der Frauen, die bei der Nachsorgeuntersuchung sechs Wochen nach der Geburt waren, gaben an, nach Problemen im Bereich des Damms oder der Vagina gefragt worden zu sein [58]. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch bei Glazener et al. (1997), hier wurden 76 % der Frauen bei der Untersuchung nach sechs Wochen über Verhütung informiert, verglichen mit 34 %, die auf Geschlechtsverkehr nach der Geburt angesprochen wurden [59]. Die qualitativen Ergebnisse von O'Malley et al. (2022) ergänzen diese Befunde. Die Frauen berichteten, dass sie nicht routinemäßig auf ihre sexuelle Gesundheit angesprochen wurden, weder beim Check-up nach sechs Wochen noch bei Treffen mit ihrer Hebamme [61].

3.4.2.4. Alltags- und geburtshilfliche Faktoren

Neben den bisher genannten Einflussfaktoren auf die Hilfesuche beschreibt die Studie von Abrams et al. (2023) alltags- und geburtsbezogene Faktoren, die das Verhalten von Frauen beeinflussen können. Die Studie erhob konkrete Gründe, weshalb Frauen trotz bestehender Dammschmerzen keine Hilfe aufsuchten. 6,6 % der Frauen gaben an, keine Zeit gehabt zu haben, sich aktiv um Hilfe zu bemühen [57]. Die Forschenden kamen außerdem zu der Erkenntnis, dass zu den Faktoren, die mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Verbindung standen, die Anzahl der Kinder unter 18 Jahren im Haushalt (aOR = 0,61; KI: 0,43-0,88 pro Kind), die Anzahl der Kaiserschnittgeburten (aOR = 0,46; KI: 0,29-0,74 pro Geburt) sowie die Angabe von Stress oder Müdigkeit als Ursache für vermindertes Lustempfinden (aOR = 0,35; KI: 0,21-0,54) gehörten [57]. Gleichzeitig

identifizierten die Autor*innen Faktoren, welche mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden waren, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hierzu gehörten Schwierigkeiten bei der Heilung des Dammbereichs nach der Entbindung (aOR = 4,53; KI: 1,54-13,38), eine erhaltene Transfusion nach der Entbindung (aOR = 3,71; KI: 1,44-9,56) sowie eine infektiöse Morbidität bei der letzten Entbindung (aOR = 2,96; KI: 1,23-7,04) [57].

3.4.3. Erfahrungen bei vorhandener Hilfesuche

Alle fünf eingeschlossenen Studien geben Auskunft darüber, welche Erfahrungen Frauen machten, die sich um Hilfe im Gesundheitssystem bemühten.

Abrams et al. (2023) berichten, dass 45,8 % der Frauen, die Hilfe suchten und 21,5 % der Frauen, die keine Hilfe suchten, von einer Verbesserung abgaben. 8,3 % der von den Forschenden befragten Frauen erhielten trotz Hilfesuche bei Dammschmerzen keine Behandlung. Gleichzeitig berichteten 9,7 % der Frauen, dass die erhaltene Behandlung ihre Beschwerden verbesserte habe [57]. Die Ergebnisse von Glazener et al. (1997) zeigen ähnliche Erfahrungen. Dort gaben 28 % der Frauen an, dass die Behandlung ihrer Beschwerden beim Geschlechtsverkehr teilweise geholfen habe, 38 % gaben an, dass sich die Probleme nicht gelöst hätten [59]. Hebammen wurden hier in 0-3 % der Fälle kontaktiert [59]. Insgesamt gaben 8 % der Frauen an, adäquate Hilfe bei Problemen beim Geschlechtsverkehr erhalten zu haben [59]. Die Variation in Qualität und Art der Unterstützung wird weitergehend durch die Ergebnisse von Barrett et al. (2000) gestützt, denn während einige Frauen konkrete therapeutische Maßnahmen wie Östrogenpräparate oder Gleitmittel erhielten und diese teilweise als hilfreich beschrieben, berichteten andere von wenig hilfreichen oder unzureichenden Unterstützungsangeboten [58]. Auch die von O'Malley et al. (2022) befragten Frauen berichteten von mangelhafter Behandlung, abweisenden Haltungen und nicht-hilfreichen Kommentaren [61]. Von Herron-Marx et al. (2007) befragte Frauen berichteten von einem Mangel an Unterstützung und Betreuung durch das medizinische Personal. Sie hatten das Gefühl, dass die Nachsorge nach der Geburt nicht ausreichend auf tatsächliche Probleme ausgerichtet war und dass das medizinische Personal mehr tun könnte, um Beschwerden – insbesondere durch direkte Fragen zu Beckenbodenproblematiken – zu erkennen [60]. Die Frauen berichteten, dass ihre Probleme beim Ansprechen gegenüber medizinischem Fachpersonal als trivial abgetan wurden. Dies habe dazu geführt, dass sie ihr Gesundheitsproblem als unbedeutend wahrnahmen und diese als nicht veränderbar betrachteten [60]. Frauen äußerten darüber hinaus fehlende Kenntnisse über mögliche Hilfsangebote [60].

3.4.4. Informelle Hilfesuche

Betroffene Frauen können Hilfe nicht nur im Gesundheitssystem suchen, sondern auch außerhalb der professionellen Versorgungsstrukturen. Zwei Studien liefern hierzu Informationen. O'Malley et al. (2022) kommen zu dem Ergebnis, dass von Dyspareunie betroffene Frauen häufiger mit Freundinnen, ihrem Partner oder verwandten Frauen über ihre Beschwerden

sprachen. Drei Monate nach der Geburt sprachen 6,2 % der Frauen in einer Freundschaft über ihre Symptome, sechs Monate 9 %, nach zwölf Monaten waren es 7,5 % [61]. Während der ersten drei Monate sprachen 39,6 % in der Partnerschaft über Dyspareunie, nach sechs Monaten 49,1 % und nach zwölf Monaten 42,4 % [61]. Mit ihrer Schwester sprachen nach drei Monaten 2,2 %, nach sechs Monaten 2,7 % und nach zwölf Monaten 1 % der Frauen mit Dyspareunie [61]. Mit der eigenen Mutter sprachen zu allen Befragungszeitpunkten unter 1 % der Teilnehmerinnen [61]. Eine Frau gab an, mit eine*r Psychotherapeut*in gesprochen zu haben, eine andere Frau mit eine*r Ärzt*in in einer Geburtsklinik und zwei Frauen hatten mit ihrer Schwägerin gesprochen [61]. Viele der im qualitativen Teil der Studie befragten Frauen gaben an, sich online zu diesem Thema informiert zu haben, wie Facebook, WhatsApp-Gruppen oder Onlineforen wie „Mumsnet“ [61]. Außerdem gaben Frauen an, sich mit anderen Frauen auszutauschen – einerseits, um Informationen zu erhalten, andererseits, um einordnen zu können, ob ihre Probleme als normal gelten könnten [61]. Andere Frauen traten Babygruppen bei und tauschten sich hier aus [61]. Auf der anderen Seite berichten von Herron-Marx et al. (2007) befragte Frauen, dass sie selbst in Partnerschaften, Freundschaften und in ihrer Familie über Themen wie sexuelle Gesundheit nicht sprechen konnten, weil der Tabu-Charakter zu groß gewesen sei. Im Gegensatz dazu äußerten die betroffenen Frauen den Wunsch, mit anderen Betroffenen sprechen zu können, und hatten das Gefühl, dass ihnen dieser Austausch sehr helfen würde [60].

3.4.5. Empfehlungen der inkludierten Studien für die Praxis

Die in den eingeschlossenen Studien formulierten Empfehlungen lassen sich verschiedenen thematischen Kategorien zuordnen. Die Empfehlungen betreffen unterschiedliche Bereiche der postpartalen Versorgung und der sexuellen Gesundheit. Sie richten sich sowohl an Hebammen als auch an weitere Gesundheitsfachpersonen und werden im Folgenden thematisch geordnet dargestellt.

3.4.5.1. Aufklärung und Prävention

In allen eingeschlossenen Studien werden Aufklärung und Prävention im Kontext postpartaler sexueller Beschwerden betont. Abrams et al. (2023) empfehlen, entsprechende Informationen bereits während der Schwangerschaft zu vermitteln [57], während Glazener et al. (1997) Geburtsvorbereitungskurse als geeigneten Rahmen nennen [59]. Laut Abrams et al. (2023) könnten frühzeitige Informationen dazu beitragen, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu steigern, Stress, Ängste und Befürchtungen zu senken, die Gesprächsbereitschaft von Frauen gegenüber medizinischem Personal zu erhöhen und eine angemessene Unterstützung, Beratung und Behandlung zu verbessern [57]. Medizinisches Fachpersonal sollte den Dialog über sexuelle Gesundheit laut O'Malley et al. (2022) beginnen, um das Schweigen über sexuelle Dysfunktionen zu brechen [61]. Barrett et al. (2000) empfehlen, Informationen unabhängig vom Vorliegen aktueller Symptome bereitzustellen und dabei nicht ausschließlich Verhütung,

sondern auch mögliche Auswirkungen unterschiedlicher Entbindungsarten, den Verlauf sexueller Beschwerden und den Zeitpunkt einer medizinischen Abklärung zu thematisieren [58]. Zur Abfrage von Symptomen empfehlen Herron-Marx et al. (2007) ausdrücklich für Hebammen die Entwicklung einer strukturierten Checkliste, angelehnt an etablierte Screening-Instrumente, um das Bewusstsein für postnatale sexuelle Probleme zu schärfen [60]. Anhaltendes Schweigen führt laut O'Malley et al. (2022) möglicherweise dazu, dass Frauen an der Gültigkeit ihrer Erfahrungen zweifeln und keine Informationen über die ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten besitzen [61].

3.4.5.2. *Aus-, Fort- und Weiterbildung*

Mehrere Studien formulieren Empfehlungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen. Herron-Marx et al. (2007) empfehlen Schulungen für medizinisches Fachpersonal [60]. Glazener et al. (1997) betonen die Notwendigkeit eines größeren Bewusstseins für sexuelle Schwierigkeiten nach der Geburt bei Geburtshelfer*innen, Hebammen, Gesundheitsberater*innen und Allgemeinmediziner*innen. Darüber hinaus empfehlen sie ein hohes Maß an Wachsamkeit gegenüber entsprechenden Beschwerden, um betroffene Frauen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu unterstützen [59]. O'Malley et al. (2022) weisen darauf hin, dass Studierende im Gesundheitswesen geschult werden sollten, sensible Themen wie Sexualität offen anzusprechen. Zudem empfehlen sie eine bessere Ausbildung, um geeignete Lösungen und Strategien zur Bewältigung sexueller Gesundheitsprobleme zu entwickeln oder betroffene Frauen bei länger anhaltenden oder Leid verursachenden Problemen an Fachärzt*innen oder Expert*innen zu überweisen [61]. Werden kommunikative Kompetenzen und sexualitätsbezogene Inhalte in der Ausbildung nur unzureichend vermittelt, besteht laut den Forschenden die Gefahr eines „*cycle of silence*“ [61], also Kreislauf des Schweigens. Eine verbesserte Aus- und Weiterbildung medizinischer Fachpersonen könnte laut Glazener et al. (1997) zur Senkung der Morbiditätsrate beitragen [59] und laut Herron-Marx et al. (2007) dazu führen, dass Frauen eine evidenzbasierte und bedürfnisorientierte Versorgung erhalten [60].

3.4.5.3. *Frauenzentrierte postpartale Versorgung*

Drei Studien formulieren Empfehlungen zur Weiterentwicklung der postpartalen Versorgung und betonen dabei insbesondere die Bedeutung einer stärkeren Orientierung an den Bedürfnissen betroffener Frauen.

Herron-Marx et al. (2007) plädieren für frauenzentrierte Angebote im Wochenbett, die Frauen explizit Raum geben, über ihre Probleme zu sprechen [60]. Die Autor*innen schlagen vor, genauer zu untersuchen, was als „normale“ postpartale Genesung verstanden wird und wie Abweichungen davon sichtbar gemacht werden können [60]. Dieses Konzept wird von den Verfassenden als „*women-centered outcomes*“ [60], also frauenzentrierte Endpunkte, bezeichnet. Die Erfahrungen, Bedürfnisse und Perspektiven von Frauen würden so stärker in die Bewertung postpartaler Gesundheit einbezogen werden [60]. Ziel entsprechender Forschung sei es

unter anderem zu klären, ob Frauen ihr Leben aktiv an anhaltende postpartale Morbidität anpassen oder ob Beschwerden lediglich normalisiert werden, weil sie keinen Zugang zu wirksamer Unterstützung sehen [60]. Ergänzend wird gefordert, Versorgungsangebote transparenter zu gestalten, damit Frauen über mögliche postpartale Morbiditäten sowie vorhandene Unterstützungsangebote und Ansprechpartner*innen informiert sind [60]. Abrams et al. (2023), Herron-Marx et al. (2007) und O'Malley et al. (2022) betonen, dass die postpartale Versorgung über den üblichen Zeitraum von sechs Wochen nach der Geburt hinaus fortgeführt werden sollte [57, 60, 61]. Herron-Marx et al. (2007) betonen zudem, dass Hausärzt*innen, Hebammen, Gesundheitsberater*innen und Pflegekräfte die Verantwortlichkeiten in der Versorgung klären müssen [60].

4. Diskussion

4.1. Zentrale Erkenntnisse

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei postpartaler Dyspareunie durch ein komplexes Zusammenspiel individueller, gesellschaftlicher und versorgungsbezogener Faktoren beeinflusst wird. Gleichzeitig legen die Befunde nahe, dass bestehende Versorgungsangebote die Bedürfnisse betroffener Frauen nicht in allen Fällen ausreichend adressieren. Im folgenden Diskussionsteil werden die zentralen Ergebnisse dieses Scoping Reviews zusammengeführt, in den bestehenden Forschungskontext eingeordnet und hinsichtlich ihrer Bedeutung für Praxis und Forschung reflektiert. Ziel ist es, Forschungs- sowie Versorgungslücken zu identifizieren und die Erkenntnisse auf die Hebammenarbeit in Deutschland zu übertragen.

Da die inkludierten Studien nicht durchgängig isolierte Zahlen zur Dyspareunie liefern, beziehen sich einige der im Folgenden dargestellten Ergebnisse auf Dyspareunie als Teilmenge postpartaler sexueller Dysfunktionen. Die Befunde werden deshalb kontextbezogen interpretiert, um – im Sinne eines Scoping Reviews – Tendenzen und mögliche Schlussfolgerungen für Frauen mit postpartaler Dyspareunie aufzuzeigen.

4.2. Geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe und mögliche Auswirkungen

Die Ergebnisse der Literaturrecherche weisen darauf hin, dass Frauen mit postpartalen sexuellen Dysfunktionen nur selten Hilfe im Gesundheitssystem in Anspruch nehmen [57-61]. Diese Befunde decken sich mit der bestehenden Literatur zur Hilfesuche bei sexuellen Dysfunktionen im Allgemeinen [67, 68] sowie bei Dyspareunie im Speziellen [69], laut welcher ebenfalls nur ein geringer Anteil der betroffenen Frauen professionelle Unterstützung nutzt. Besonders hervorzuheben ist hierbei die Diskrepanz zwischen Unterstützungsbedarf und Inanspruchnahme professioneller Hilfe, wie sie in mehreren inkludierten Studien [59, 60] und

bestehender Forschung [68, 70] beschrieben wird. Dies deutet auf relevante Barrieren im Hilfesuchverhalten hin.

Die eingeschlossenen Studien liefern vereinzelt Hinweise darauf, dass ausbleibende Hilfesuche mit persistierenden Beschwerden und psychischer Belastung verbunden sein könnte [60]. Diese Einzelfallberichte werden durch bestehende Evidenz untermauert. Diese zeigt, dass unbehandelte Dyspareunie zu Beziehungsproblemen, Angststörungen, Depressionen und chronischen Schmerzverläufen führen kann [20]. Besonders vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, weshalb trotz erheblicher Beeinträchtigung durch Beschwerden und einer ausbleibenden Behandlung die Hilfesuche im Kontext postpartaler Dyspareunie so gering ausfällt.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Kausalität nicht allein durch die Beschwerden selbst erklärt werden kann. Vielmehr scheinen individuelle, gesellschaftliche und versorgungsbezogene Faktoren das Hilfesuchverhalten maßgeblich zu beeinflussen. Diese Einflussfaktoren werden im Folgenden näher diskutiert.

4.3. Die subjektive Deutung sexueller Beschwerden im gesellschaftlichen Kontext

4.3.1. Die subjektive Deutung: Normalisierung

Auffällig ist, dass Beschwerden laut den Ergebnissen dieses Reviews oftmals als „normal“ bewertet werden [57, 60], obwohl sie die Betroffenen deutlich beeinträchtigen [60]. Diese Normalisierung sexueller Beschwerden wird auch in der bestehenden Literatur häufig beschrieben. Beispielsweise benennen junge Frauen mit Dyspareunie ihre Beschwerden laut einer Studie nicht als sexuelle Funktionsstörung, resultierend in ausbleibender Hilfesuche und der Verschlechterung von Symptomen [71]. Auch in anderen Studien wird die ausbleibende Anerkennung der eigenen sexuellen Dysfunktion als gesundheitliches Problem als Barriere für professionelle Hilfesuche beschrieben [72].

Die Normalisierung von Beschwerden kann hierbei als ein Ausdruck gesellschaftlicher Mechanismen im Zusammenhang mit der Stigmatisierung weiblicher Sexualität verstanden werden, wie auch von Kingsberg et al. (2019) [73] argumentiert.

Erklären lassen sich dieser Zusammenhang und dessen Auswirkungen mithilfe der gesellschaftlichen Sicht auf Sexualität nach der Geburt. Die Wahrnehmung von Frauen im Wochenbett wird durch normative Vorstellungen geprägt – so wird Frauen von Beginn an suggeriert, wie eine „gute Mutter“, „attraktive Partnerin“ und eine „funktionierende“ Frau zu sein habe [74]. Es ist bekannt, dass genau solche geschlechtsbezogenen Erwartungen und stereotypen Rollenbilder die Hilfesuche und die Wahrnehmung eigener Beschwerden als legitim und ansprechbar beeinflussen [75]. Obwohl Frauen versuchen, mit möglichst wenig Erwartungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu gehen, prägen gesellschaftliche Ideale ihre Wahrnehmung erheblich [74]. Der gesellschaftliche Anspruch, gleichzeitig kompetente Mutter, fürsorgliche Partnerin, verantwortliche Haushaltsmanagerin und sozial aktive Person zu sein,

kann zu Müdigkeit und Erschöpfung führen [74]. Die Normalisierung postpartaler Beschwerden kann somit als Ausdruck gesellschaftlicher Mutterschaftsnormen verstanden werden, die weibliche Belastbarkeit idealisieren und die Legitimität eigener Bedürfnisse reduzieren. Beschwerden werden dadurch eher als erwartbarer Bestandteil der Mutterschaft wahrgenommen denn als behandlungsbedürftiges Gesundheitsproblem.

4.3.2. Die subjektive Deutung: Tabuisierung

Ergänzend erschweren Tabuisierung und Scham laut den Ergebnissen dieser Arbeit die Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem und einen offenen Austausch über sexuelle Veränderungen und Dysfunktionen [57-61], resultierend in einer Isolation der betroffenen Frauen [60, 61]. Diese Befunde stimmen mit der bestehenden Literatur überein, in der sowohl die Tabuisierung sexueller Beschwerden als wesentliche Barriere der Hilfesuche beschrieben wird [39, 67, 76] als auch die daraus resultierende Isolation [77].

Besonders deutlich wird die gesellschaftliche Tabuisierung sexueller Dysfunktionen im sozialen Umfeld der Betroffenen. So sprechen selbst in der Partnerschaft weniger als die Hälfte der von Dyspareunie betroffenen Frauen über ihre Symptome [61]. Betroffene empfinden sogar den Austausch mit engen Bekannten [60] und anderen (betroffenen) Frauen [61] als tabubehaftet. Dass betroffene Frauen berichten, anderen Frauen durch Aufklärung keine Angst machen zu wollen [61], deutet darauf hin, wie tief die Tabuisierung sexueller Dysfunktionen verinnerlicht ist und wie sie sich im Alltag selbst reproduziert. Die vorhandene Evidenz zeichnet ein ähnliches Bild: Nur wenige Frauen, die von sexuellen Dysfunktionen betroffen sind, sprechen sowohl mit Partner*innen als auch mit Familie oder befreundeten Personen über ihre Beschwerden [67, 68].

Die Literatur liefert zudem Erklärungsansätze für diese Befunde. Sexualität gilt auch unabhängig vom Wochenbett als intimes, sensibles und normativ aufgeladenes Thema. Entsprechend wird sexuelle Gesundheit im Austausch von Betroffenen mit dem Gesundheitssystem grundsätzlich als Tabuthema beschrieben [74]. Darüber hinaus wird Hilfesuche eher vermieden, wenn die Situation persönlich bedeutsam ist, soziale Bewertung droht oder Vulnerabilität sichtbar wird [75]. Dies kann dazu beitragen, dass Betroffene keine Rückversicherung über die Einordnung ihrer Beschwerden erhalten und professionelle Unterstützung ausbleibt.

Die heutigen gesellschaftlichen Einflüsse auf die Wahrnehmung postpartaler Dyspareunie sowie die Tabuisierung weiblicher Sexualität lassen sich auch historisch betrachten und einordnen. Weibliche Sexualität wurde seit jeher innerhalb des binär codierten Geschlechtersystems betrachtet, in welchem weibliche Sexualität mit Scham, Kontrolle und Unterdrückung in Verbindung gebracht wurde [78]. Diese Darstellungen und gesellschaftlichen Sichtweisen führten zu einer fehlenden medizinischen Auseinandersetzung mit der weiblichen Sexualität [78]. Erst kürzlich wurden erstmals die vollständigen Nervenbahnen der Klitoris dargestellt [79] – für den Penis ist eine solche Darstellung seit Jahrzehnten bekannt [80]. Auch die Einordnung der

Dyspareunie im frühen 20. Jahrhundert als „hysterisches“ [22] Symptom deutet darauf hin, dass Beschwerden von Frauen historisch teilweise psychologisiert und nicht vollständig als eigene medizinische Problematik betrachtet wurden.

Die Beschwerden der Dyspareunie betreffen demnach einen Bereich, der historisch und gesellschaftlich nur begrenzt sichtbar war und ist. Zudem treffen gesellschaftliche Erwartungen an die „gute Mutter“ unmittelbar auf bestehende Tabus rund um Sexualität. Diese doppelte Normstruktur könnte erklären, warum sexuelle postpartale Beschwerden zugleich als „normal“ wahrgenommen und dennoch tabuisiert werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass die Tabuisierung eine Barriere für die Hilfesuche von Frauen mit postpartaler Dyspareunie darstellt.

4.3.3. Die subjektive Deutung: Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Behandlungsbedürftigkeit

Die weiterreichenden Folgen der in 4.3.1. und 4.3.2. beschriebenen Mechanismen zeigen sich insbesondere in der Symptomwahrnehmung und der Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit durch betroffene Frauen. Die geringen Anteile der Frauen, die sich mit Beschwerden an medizinisches Fachpersonal wenden, verdeutlichen, dass das Vorhandensein von Symptomen nicht ausreicht, um Hilfe zu suchen. Vielmehr legen die Ergebnisse dieses Reviews nahe, dass die Wahrnehmung eigener Symptome als belastend [57], akute Schmerzen [57] sowie persistierende Beschwerden [59, 61] die Hilfesuche begünstigen. Die Bewertung der Symptome als wenig gravierend scheint hingegen mit ausbleibender Hilfesuche verbunden zu sein [60]. Weitere Studien identifizieren die Unzufriedenheit mit der eigenen sexuellen Funktion als signifikanten Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung [67] und stützen damit die Ergebnisse dieses Reviews.

Die Wahrnehmung der Behandlungsbedürftigkeit scheint demnach im Mittelpunkt der Hilfesuche zu stehen, und das weitere Verhalten Betroffener maßgeblich zu entscheiden.

Die zentrale Bedeutung der Symptomwahrnehmung für die Hilfesuche wurde bereits in theoretischen Modellen beschrieben. Sowohl Suchman (1965) [81] als auch Vogel et al. (2006) [82] betrachteten die Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von Symptomen als ausschlaggebende Prädiktoren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Diese Modelle stützen demnach die Ergebnisse dieses Reviews.

Insbesondere im Kontext postpartaler sexueller Beschwerden kann, wie sich gezeigt hat, diese Bewertung jedoch durch Normalisierung und Tabuisierung verzerrt werden. Dadurch werden potenziell behandlungsbedürftige Symptome nicht als solche erkannt und entsprechend seltener kommuniziert oder versorgt. Vor diesem Hintergrund gewinnt eine wertfreie, validierende und aufmerksame Haltung medizinischen Fachpersonals an Bedeutung, um die Wahrnehmung betroffener Frauen ernst zu nehmen und Hilfesuchprozesse frühzeitig zu unterstützen.

4.4. Medizinisches Fachpersonal: Einfluss auf Hilfesuchverhalten und Versorgung

Ein Teil der ausbleibenden Hilfesuche und Behandlung scheint laut den inkludierten Studien im Verhalten des medizinischen Fachpersonals begründet zu sein. Dieses spricht sexuelle Beschwerden aufgrund von Unwissen, eigener Scham und Vorurteilen häufig nicht an und bietet den Frauen dadurch keinen Raum, Sorgen, Ängste und Fragen zu äußern und abzuklären [58, 59, 61]. Scham, über sexuelle Probleme zu sprechen, wird als Barriere zwischen Patient*innen und medizinischem Personal übereinstimmend mit den Ergebnissen dieses Reviews in bestehenden Daten beschrieben [83].

Neben der direkten Ansprache sexueller Beschwerden scheint auch die präventive Aufklärung über mögliche sexuelle Veränderungen von Bedeutung zu sein. Laut den Ergebnissen dieses Reviews werden Frauen während der Schwangerschaft nur selten auf mögliche sexuelle Veränderungen im postpartalen Verlauf vorbereitet [58, 61]. Die bestehende Forschung deckt sich mit diesen Befunden und zeigt, dass Frauen deutliche Wissenslücken hinsichtlich körperlicher Veränderungen in Schwangerschaft und Wochenbett aufweisen [39, 40]. Wissensdefizite gelten wiederum als relevante Barriere für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung [84].

Die Perspektive von Hebammen einzunehmen kann hierbei zum Verständnis dieser Situation beitragen, denn Hebammen zeigen im Umgang mit Sexualität Defizite. Sowohl Studierende der Hebammenwissenschaft als auch examinierte Hebammen berichten von Unsicherheiten in der Betreuung von Frauen in Hinblick auf Sexualität und sexuelle Dysfunktionen [45, 47, 85]. Als Barrieren für die Entwicklung von Beratungskompetenz nannten sowohl die Studierende als auch Hebammen übereinstimmend unter anderem negative Reaktionen von Frauen, die zu Unsicherheiten führen, außerdem Zeitmangel sowie Wissenslücken [47, 85, 86]. Die knappen zeitlichen Ressourcen verweisen zugleich auf strukturelle Rahmenbedingungen, die vertiefende Gespräche über Sexualität erschweren.

Außerdem haben Studien gezeigt, dass Hebammen Strategien zum Umgang mit ihren eigenen Unsicherheiten entwickeln [45, 47]. Problematisch ist hierbei, dass eine häufig genannte Strategie beispielsweise darauf abzielt, erst über sexuelle Themen zu sprechen, wenn Frauen selbst Eigeninitiative zeigen und über ihre Sexualität sprechen [45, 47]. Dieser Schritt bleibt allerdings, wie sich gezeigt hat, durch Scham, Tabuisierung oder Normalisierung und Unwissen der Betroffenen oft aus. Darüber hinaus kann der Anspruch, Familien möglichst interventionsarm zu begleiten, unbeabsichtigt dazu beitragen, dass sexuelle Themen seltener aktiv adressiert werden [45].

Doch die Folgen sind enorm: Wer von Gesundheitspersonal nicht auf Beschwerden angesprochen wird, könnte den Eindruck gewinnen, dass mögliche Beschwerden nicht von Bedeutung sein können. Dies zeigt sich auch darin, dass Frauen, die nach der Geburt direkt auf sexuelle

Probleme angesprochen wurden, in einer Studie eine vier- bis zwölfmal höhere Wahrscheinlichkeit hatten, über ihre Beschwerden zu sprechen [48]. Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen, die direkt auf ihre sexuelle Gesundheit angesprochen werden, signifikant öfter über vorhandene Probleme sprechen [48, 87, 88]. Ausbleibende Aufklärung und fehlendes Screening auf Beschwerden können demnach bestehende Tabuisierungsprozesse verstärken und Beschwerden wie Dyspareunie im Versorgungskontext unsichtbar werden lassen. Die konkreten Implikationen für die Hebammenarbeit, die sich aus diesen Ergebnissen ableiten lassen, werden im Kapitel 4.6.2. beschrieben.

Insgesamt wird deutlich, dass Wissensdefizite, Unsicherheiten und begrenzte zeitliche Ressourcen auf Seiten des medizinischen Fachpersonals wesentlich zum Fortbestehen eines selbstverstärkenden Kreislaufs des Schweigens rund um postpartale sexuelle Dysfunktionen beitragen. Sexuelle Themen bleiben in der Wochenbettbetreuung häufig unausgesprochen, da kein ausreichender Gesprächsrahmen entsteht. Dies begünstigt die Tabuisierung, die in Isolation und Einsamkeit betroffener Frauen mündet. So trägt auch das Schweigen in der Hebammenarbeit zum fehlenden Dialog über postpartale Dyspareunie bei.

4.5. Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem: Ausdruck professioneller und struktureller Versorgungsdefizite

Gleichzeitig zeigt dieses Review, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe nicht zwangsläufig zu einer als hilfreich wahrgenommenen Versorgung führt. Frauen berichteten sowohl von unterstützenden als auch von unzureichenden Versorgungserfahrungen [57-61]. Betroffenen Frauen wird laut den Ergebnissen häufig mit Bagatellisierung und fehlendem Verständnis entgegengetreten [60, 61]. Diese Befunde stellen keinen Einzelfall dar, sondern werden in der Literatur zu den Erfahrungen von Frauen mit Dyspareunie ebenso beschrieben [69]. Ergänzende Befunde aus einer deutschen qualitativen Studie zur genito-pelvinen Schmerzstörung (Penetrationsstörung) weisen zudem auf vergleichbare Erfahrungen Betroffener mit Bagatellisierung, unzureichender Unterstützung und strukturellen Versorgungsdefiziten im deutschen Gesundheitssystem hin [89]. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Versorgungssituation von Frauen mit postpartaler Dyspareunie Herausforderungen aufweist und das Gesundheitssystem nicht immer einen ausreichend sicheren und unterstützenden Raum für die Thematisierung postpartaler Dyspareunie bietet.

Studien zu Erlebnissen von Personen mit Harninkontinenz konnten weiterführend bereits zeigen, dass negative oder erfolglose Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem zu Zweifeln sowie zu einer Ablehnung gegen professionelle Hilfesuche führten [90]. Dies unterstreicht die Tragweite negativer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Die Überprüfung und Überarbeitung vorhandener Versorgungsstrukturen in der postpartalen Betreuungssituation von Frauen mit Dyspareunie sind basierend auf diesen Ergebnissen dringend notwendig. Klare,

tabufreie Versorgungsstrukturen müssen vorhanden sein, um Betroffenen einen geschützten Raum zu bieten, und eine ausreichende und wirksame Behandlung zu ermöglichen.

Dass Frauen fehlende Kenntnisse über Hilfsangebote angeben [60], weist ergänzend auf strukturelle Herausforderungen in der Versorgung hin. Postpartale Dyspareunie scheint keinem klar definierten Zuständigkeitsbereich innerhalb der geburtshilflichen Nachsorge zugeordnet zu sein. Diese klare Zuteilung wäre allerdings notwendig, um das Verantwortungsbewusstsein medizinischen Personals zu stärken [22, 26, 33].

Vor dem Hintergrund fehlender Hilfsangebote und mangelhafter Versorgung erscheint es plausibel, dass einige Frauen auf informelle oder internetbasierte Hilfsangebote ausweichen [61]. Die Nutzung anonymer Plattformen kann darauf hinweisen, dass vorhandene professionelle Versorgungsstrukturen entweder nicht bekannt, nicht ausreichend niedrigschwellig gestaltet oder nicht als sicherer Rahmen für die Thematisierung sexueller Beschwerden wahrgenommen werden. Anonyme Hilfesuche fungiert damit als indirekter Indikator für strukturelle Versorgungslücken im Umgang mit postpartaler Dyspareunie.

Die von Abrams et al. (2023) [57] beschriebenen Zusammenhänge zwischen geburtshilflichen Komplikationen und einer höheren Wahrscheinlichkeit professioneller Hilfesuche legen außerdem nahe, dass die Häufigkeit und Qualität professioneller Kontakte den Hilfesuchprozess indirekt mitsteuern. Frauen, die nach einer komplikationsreichen Geburt engmaschiger betreut werden, haben möglicherweise mehr Gelegenheiten, sexuelle Probleme zu benennen oder auf Nachfrage zu bestätigen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit niederschwelliger Angebote, um den Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu vereinfachen.

4.6. Implikationen für die Hebammenarbeit

Aus den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien sowie den daraus abgeleiteten Empfehlungen der Autor*innen lassen sich verschiedene Implikationen für die Hebammenarbeit ableiten. Da die Empfehlungen der Studien nicht ausschließlich auf die Hebammenarbeit ausgerichtet sind und die eingeschlossenen Studien außerhalb Deutschlands durchgeführt wurden, erfolgt im Folgenden eine kontextuale Einordnung und Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Hebammenversorgung. Dabei stehen insbesondere Handlungsmöglichkeiten von Hebammen im Kontext der Prävention, Früherkennung, Beratung und Begleitung von Frauen mit postpartaler Dyspareunie im Fokus.

4.6.1. Einordnung in den beruflichen und gesetzlichen Rahmen

Vor dem Hintergrund der identifizierten Barrieren der Hilfesuche und der beschriebenen Versorgungsdefizite legen die Ergebnisse dieses Scoping Reviews nahe, dass Hebammen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Frauen mit postpartaler Dyspareunie einnehmen können. Diese Annahme wird durch den beruflichen Auftrag von Hebammen gestützt, der die Förderung und den Erhalt der Gesundheit von Wöchnerinnen, Unterstützung beim Übergang zur

Elternschaft, die psychosoziale Begleitung sowie die Erkennung von Unterstützungsbedarf umfasst [2]. Der Hebammenhilfevertrag, der die mit den Krankenkassen abrechenbaren Leistungen von Hebammen regelt, sieht im Rahmen eines Wochenbettbesuchs zudem die Unterstützung von Familien bei der Anpassung an die veränderte Lebenssituation, die Förderung elterlicher Kompetenzen sowie die Erkennung psychosozialer Belastungen einschließlich einer bedarfsgerechten Weiterleitung vor [91]. Zwar wird die Beratung zu sexuellen Themen weder in der Hebammenberufsordnung noch im Hebammenhilfevertrag ausdrücklich als eigenständiger Leistungsbereich genannt [2, 91], die beschriebenen Aufgabenfelder bieten jedoch zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Begleitung betroffener Frauen.

Besonders relevant ist dabei das Betreuungsmodell von Hebammen in Deutschland. Durch persönliche, häusliche und kontinuierliche Begleitung kann eine vertrauensvolle Beziehung entstehen, die den offenen Austausch über sensible und schambehaftete Themen erleichtert [84]. Als vertraute Ansprechpartnerinnen können Hebammen zudem eine Schnittstelle zwischen dem privaten Lebensraum der Frau und dem Gesundheitssystem einnehmen. Diese sogenannte Gatekeeper-Rolle ist zwar vor allem aus der hausärztlichen Versorgung bekannt [92], wird jedoch zunehmend auch auf Hebammen übertragen [93]. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) beschreibt Hebammen als niedrigschwellige, wohnortnahe und kontinuierliche Ansprechpartnerinnen im Wochenbett, die als „*Türöffnerin für weitere Unterstützung*“ [93] autonom agieren können. Dabei betont der DHV die Akademisierung des Hebammenberufs und das Wachstum der Berufsgruppe – optimale Voraussetzungen als Schlüssel zur Interprofessionalität [93].

Darüber hinaus zeigten die inkludierten Studien, dass Frauen nach der gynäkologischen Abschlussuntersuchung etwa sechs Wochen nach der Geburt häufig keine festen Ansprechpartner*innen für sexuelle Beschwerden mehr haben [60, 61]. Da die Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten meist zwischen sechs und zwölf Wochen nach der Geburt erfolgt [15, 94], entsteht in diesem Zeitraum eine potenzielle Versorgungslücke. Gleichzeitig kann die Hebammenbetreuung nach Hebammenhilfevertrag – abgesehen von Beratung zu Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes – bis zur zwölften Woche nach der Geburt erfolgen [91]. Hebammen können daher genau diese Lücke schließen, indem sie sexuelle Gesundheit aktiv und routinemäßig ansprechen, Beschwerden frühzeitig erkennen und gegebenenfalls eine Weiterleitung initiieren.

4.6.2. Aus- und Weiterbildung von Hebammen

Gleichzeitig weisen die Ergebnisse dieses Scoping Reviews auf einen Bedarf hin, sexuelle Gesundheit und sexuelle Beratung stärker in der Ausbildung von Hebammen zu verankern. Mehrere der eingeschlossenen Studien empfehlen eine gezielte Schulung von Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit postpartalen sexuellen Beschwerden [59-61]. Betont werden die Sensibilisierung für sexuelle Veränderungen nach der Geburt sowie die Bedeutung

kommunikativer Kompetenzen [59-61]. In Kapitel 4.4 wurde deutlich, dass mangelnde Kenntnisse und Kompetenzen auf Seiten des medizinischen Personals die Hilfesuche betroffener Frauen erschweren und zur Aufrechterhaltung bestehender Tabuisierungen beitragen können. O'Malley et al. beschreiben in diesem Zusammenhang die Gefahr eines Kreislauf des Schweigens, bei dem Unsicherheiten von Gesundheitsfachpersonen dazu führen, dass sexuelle Beschwerden nicht thematisiert werden und Betroffene ihre Probleme wiederum nicht ansprechen [61].

Ein offener, sensibler und gleichzeitig professioneller Dialog über Sexualität und Dyspareunie setzt voraus, dass Hebammen fachlich sicher sind, und ihre eigenen Normen, Wertvorstellungen und möglichen Unsicherheiten reflektieren können. Im Vordergrund steht dabei nicht die eigenständige Behandlung postpartaler Dyspareunie, sondern die Schaffung eines niedrigschwelligen Gesprächsangebots, das Beschwerden frühzeitig erkennt, Orientierung bietet und bei Bedarf eine angemessene Weiterleitung ermöglicht.

Eine stärkere Verankerung sexualitätsbezogener Inhalte und Beratungskompetenzen in der hochschulischen Aus-, Fort- und Weiterbildung könnte dazu beitragen, Tabuisierungen abzubauen, die Handlungssicherheit von Hebammen zu stärken und Frauen eine evidenzbasierte sowie bedürfnisorientierte Versorgung zu ermöglichen.

4.6.3. Aufklärung und Prävention

Die Ergebnisse dieses Reviews konnten zeigen, dass Frauen bereits in der Schwangerschaft einen Informationsbedarf hinsichtlich möglicher sexueller Beschwerden nach der Geburt haben könnten [57, 59]. Zudem berichteten viele Befragte, dass sie sich eine frühzeitigere Aufklärung zu diesem Thema gewünscht hätten [57, 59]. Dies spricht dafür, sexuelle Gesundheit nicht erst im Wochenbett, sondern bereits in der Schwangerschaft zu thematisieren. Raum hierfür bietet beispielsweise der Geburtsvorbereitungskurs, in welchem laut Hebammenhilfvertrag ausdrücklich die Thematisierung von Sexualität vorgesehen ist [91]. Darüber hinaus können Hebammen im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung über mögliche Veränderungen der Sexualität nach der Geburt, den erwartbaren Verlauf sexueller Beschwerden sowie den Zeitpunkt einer medizinischen Abklärung informieren [58]. Eine solche Beratung sollte unabhängig vom Vorliegen aktueller Symptome erfolgen [58] und von Hebammen aktiv initiiert werden, um das Schweigen über sexuelle Beschwerden zu durchbrechen [61]. Die frühzeitige Aufklärung von Frauen und ihren Partner*innen könnte dazu beitragen, Ängste, Unsicherheiten und Belastungen zu reduzieren, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu fördern, eine bedarfsgerechte Betreuung zu erleichtern und die Gesprächsbereitschaft gegenüber medizinischem Fachpersonal hinsichtlich sexueller Beschwerden zu erhöhen [57].

4.6.4. Inhalte der Aufklärung und des Screenings

Die Gespräche von Frauen und Hebammen über Sexualität sollten nicht nur Hygiene und Verhütung umfassen, sondern vor allem auch mögliche Probleme oder Veränderungen. Barrett et al. (2000) empfehlen Informationen zu möglichen sexuellen Beschwerden, deren voraussichtlichem Verlauf sowie Hinweise darauf, wann eine ärztliche oder hebammengeleitete Abklärung sinnvoll sein kann [58]. Ergänzend sollte die Betreuung frauenzentriert gestaltet sein und Frauen Raum geben, ihre Erfahrungen und Bedürfnisse offen anzusprechen [60]. Auch die Kommunikation über die aktuelle Lust- und Beziehungssituation sowie Beratung zu einem schrittweisen Wiedereinstieg in die Sexualität können Bestandteil der Betreuung sein [95]. Ein offenes, von der Hebamme aktiv initiiertes Gespräch kann Hemmschwellen abbauen und Frauen signalisieren, dass sexuelle Beschwerden jederzeit thematisiert werden können [95]. Außerdem könnten standardisierte Fragebögen eine sinnvolle Ergänzung zur verbalen Anamnese darstellen, wie auch von Herron-Marx et al. (2007) empfohlen [60]. Zwar existiert bislang kein spezifisch empfohlenes Instrument zur Erfassung postpartaler Dyspareunie, jedoch kann die „Carol Postpartum Sexual Function and Dyspareunia Assessment Scale“ hervorgehoben werden. Dieses kurze Screening-Instrument kann innerhalb weniger Minuten durchgeführt werden, und erfasst anhand von elf Fragen sowohl Häufigkeit als auch Intensität der Schmerzen anhand einer Skala von 1-10 [96]. Wichtig bleibt jedoch, dass solche Instrumente vor allem als Gesprächseinstieg genutzt werden können, und als Sensibilisierung dienen, nicht als diagnostische Grundlage.

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer strukturierten, frauenzentrierten Aufklärung und eines sensiblen Screenings als Bestandteile einer bedarfsgerechten, hebammengeleiteten, postpartalen Versorgung.

4.7. Limitationen

4.7.1. Limitationen eines Scoping Reviews

Da Scoping Reviews primär der Kartierung und Darstellung von Literatur dienen [51-53], können basierend auf den Ergebnissen keine Aussagen über die Wirksamkeit spezifischer Interventionen getroffen werden. Im Gegensatz zu systematischen Reviews oder Metaanalysen liegt der Fokus weniger auf der Berechnung einer Evidenzstärke als vielmehr auf der Identifikation, Strukturierung und thematischen Einordnung vorhandener Forschung [51-53].

Außerdem liegt der Fokus von Scoping Reviews auf der umfassenden Übersicht des Forschungsfeldes, nicht auf der detaillierten Analyse einzelner Studien [51-53]. So werden einzelne Ergebnisse eher deskriptiv dargestellt, die Vertiefung bleibt begrenzt. Die breite Suchstrategie von Scoping Reviews erhöht zwar die Sensitivität der Literaturrecherche, allerdings entsteht durch die hohen Datenmengen ein höheres Risiko subjektiver Auswahlentscheidungen. Zudem wird das Selektionsbias erhöht und die Datenextraktion gestaltet sich komplexer.

Eine weitere Limitation ist die thematische Kategorisierung der Ergebnisse, da die Interpretation und Kartierung der Daten durch die Forschenden beeinflusst werden können. Dadurch besteht ein Risiko für Interpretationsbias, da die Ergebnisse nicht vollständig unabhängig von der Perspektive der analysierenden Person sind.

4.7.2. Eigene Limitationen

Da dieses Scoping Review im Rahmen einer Bachelor-Arbeit durchgeführt wurde, gilt es, bestimmte Limitationen auf Seiten der Autorin zu beachten.

Die Studienauswahl sowie die Datenextraktion und die Bewertung der Studien wurden durch eine Einzelperson durchgeführt. Dies erhöht das Risiko subjektiver Verzerrungen im Screening- und Analyseprozess, insbesondere in Form eines Selektions- und Informationsbias. In Scoping Reviews werden diese Schritte optimalerweise von mindestens zwei Forschenden durchgeführt [52], was im Rahmen der Bachelorarbeit nicht möglich war. Zur Reduktion dieses Bias wurden die Einschlusskriterien vorab klar definiert und der Auswahlprozess systematisch dokumentiert.

Darüber hinaus basiert dieses Scoping Review auf fünf eingeschlossenen Studien. Diese begrenzte Anzahl schränkt die Breite der Evidenzbasis ein und erhöht zugleich den Einfluss einzelner Studien auf die Gesamtergebnisse. Außerdem wurden in diese Arbeit lediglich Studien eingeschlossen, graue Literatur wurde nicht berücksichtigt. Dadurch konnten mögliche praxisrelevante Erkenntnisse aus nicht publizierten Arbeiten oder anderen Quellen nicht berücksichtigt werden. Eine weitere Limitation ergibt sich durch sprachliche Barrieren, denn durch die Einschränkung auf deutsche und englische Quellen könnten relevante Studien exkludiert worden sein.

Trotz systematischer Literaturrecherche in zwei Datenbanken kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Publikationen nicht erfasst worden sind, die aufgrund des Suchbegriffs oder der Datenbanken nicht identifiziert werden konnten.

4.7.3. Limitationen der Studien

Im Folgenden werden die Einschränkungen der Studien aufgezeigt, da die Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung mehrerer inhaltlicher und methodischer Limitationen erfolgen muss.

Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien ist überwiegend als akzeptabel bis gut einzustufen, weist jedoch in mehreren Arbeiten Einschränkungen auf, die bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen sind. Insbesondere basierten zentrale Erhebungen häufig auf Selbstauskunft der Studienteilnehmerinnen, was eine Erhöhung des Berichtsbias zur Folge haben kann, wodurch Daten potenziell verzerrt werden können. Darüber hinaus kamen teilweise nicht validierte und nur pilotierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz, welche die Validität und Reliabilität einzelner Ergebnisse einschränken könnten.

Einige Studien weisen sehr kleine Stichproben auf, in Einzelfällen beruhen Ergebnisse sogar auf einzelnen Personen. Diese Befunde sind entsprechend nur eingeschränkt generalisierbar. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus den unterschiedlichen Definitionen und Operationalisierungen der Dyspareunie. Dies beeinträchtigt sowohl die Vergleichbarkeit als auch die Reliabilität der Ergebnisse.

Darüber hinaus zeigt sich eine hohe methodische Heterogenität bezüglich Studiendesign, methodischem Vorgehen, Befragungszeitpunkten nach der Geburt, Studienqualität und den Herkunftsländern der Studien. Da sich Dyspareunie und sexuelles Verhalten im Zeitverlauf nach der Geburt verändern, erschweren die verschiedenen Befragungszeitpunkte die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zusätzlich. Allerdings ist diese Variabilität nicht nur als Limitation zu betrachten, sondern entspricht zugleich dem Ziel eines Scoping Reviews, die Bandbreite der vorhandenen Evidenz und verschiedener Untersuchungsbedingungen sichtbar zu machen.

Da keine der inkludierten Studien aus Deutschland stammt, und sich die Betreuungssituation, sowie die Gesundheitssysteme in jedem Land deutlich unterscheiden, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die deutsche Versorgungsrealität nur eingeschränkt möglich.

Darüber hinaus weisen mehrere Studien potenzielle Selektions- beziehungsweise Sampling-Bias auf, da die Rekrutierung teilweise über Onlineplattformen, einzelne Kliniken oder bereits bestehende Studienpopulationen erfolgte. Dadurch könnte die Repräsentativität der Stichproben eingeschränkt sein.

Eine weitere Einschränkung sind fehlende Aussagen zu sexueller Orientierung oder Beziehungsform der Studienteilnehmerinnen, wodurch keine Differenzierung nach diesen Faktoren möglich ist. Die Daten sind primär für Frauen in heterosexuellen Partnerschaften interpretierbar, eine Aussage zu möglichen kontextabhängigen Wahrnehmungen der Dyspareunie ist nicht möglich.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der begrenzten spezifischen Literatur zu Dyspareunie, weshalb teilweise Literatur zu sexueller Gesundheit allgemein herangezogen werden musste. Zudem handelt es sich bei Sexualität, Dyspareunie und Hilfesuchverhalten um subjektiv und kulturell geprägte Phänomene, deren Wahrnehmung und Beschreibung individuell variieren können.

Trotz der genannten Limitationen ermöglicht das vorliegende Scoping Review einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu postpartaler Dyspareunie und liefert relevante Hinweise für Forschung und klinische Praxis. Gleichzeitig verdeutlichen die aufgezeigten Limitationen die Notwendigkeit weiterer methodisch hochwertiger Forschung, insbesondere unter Verwendung standardisierter Definitionen und validierter Erhebungsinstrumente.

4.8. Forschungsausblick

Aus den Ergebnissen dieses Scoping Reviews ergeben sich Empfehlungen für die zukünftige Forschung. Erstens besteht Bedarf an Studien, die sich explizit mit postpartaler Dyspareunie beschäftigen. Hierfür sind Goldstandards zur Definition und Diagnose der Dyspareunie nötig, um erhobene Daten besser vergleichen zu können.

Außerdem sollten alltagsbezogene, soziale und kulturelle Determinanten des Hilfesuchverhaltens vertieft untersucht werden. Bisher liegen nur vereinzelte Hinweise auf den Einfluss geburtshilflicher Komplikationen auf die Hilfesuche bei postpartalen sexuellen Dysfunktionen vor, deren Bedeutung genauer zu analysieren ist. Hier bieten sich quantitative Kohortenstudien an, die Hilfesuchverläufe über längere Zeiträume untersuchen, sowie qualitative Studien, die subjektive Deutungsmuster und Entscheidungsprozesse vertiefend explorieren.

Darüber hinaus fehlen Erkenntnisse zu informeller Hilfesuche und der Wirksamkeit anonymer Plattformen oder Selbsthilfegruppen zur Unterstützung betroffener Frauen. Zukünftige Mixed-Methods-Studien sollten untersuchen, welche Funktionen solche Angebote für Betroffene erfüllen, wie sie mit professionellen Versorgungswegen interagieren und inwieweit sie zur Entlastung oder Stabilisierung beitragen können.

Ein weiterer Forschungsbedarf betrifft den Zusammenhang zwischen Versorgungserfahrungen und Hilfesuchverhalten. Künftig sollte geprüft werden, inwiefern negative Erfahrungen mit professioneller Unterstützung die erneute Inanspruchnahme von Hilfe hemmen und welche Rolle positive Versorgungserlebnisse als fördernde Faktoren spielen. Langzeitstudien, die Dyspareunie, psychische Gesundheit und Paarbeziehung gemeinsam betrachten, könnten hier wichtige Einblicke liefern.

Schließlich besteht ein deutlicher Bedarf an interventionsorientierter Forschung mit Bezug zur Hebammenarbeit. Die Entwicklung und Evaluation hebammengeleiteter Aufklärungs-, Screening- und Beratungsansätze zur postpartalen Sexualität und Dyspareunie sollte vorrangig verfolgt werden. Randomisierte kontrollierte Studien und quasi-experimentelle Designs könnten prüfen, ob strukturierte Informationsangebote, standardisierte Screening-Tools oder spezifische Schulungsprogramme für Hebammen zu einer früheren Identifikation von Beschwerden, einer häufigeren Inanspruchnahme professioneller Unterstützung und zu verbesserten Behandlungsergebnissen führen. Ergänzend sind kontextspezifische Studien für Deutschland sowie ländervergleichende Untersuchungen sinnvoll, um strukturelle Stärken und Schwächen verschiedener Versorgungssysteme sichtbar zu machen.

5. Fazit

Dieses Scoping Review verfolgte das Ziel, die vorhandene Forschung zum Umgang von Frauen mit Dyspareunie im Wochenbett – insbesondere in Hinblick auf ihr Hilfesuchverhalten – systematisch darzustellen, und im weiterführenden Schritt Implikationen für die Hebammenarbeit abzuleiten. Es sollte dargestellt werden, welche Erfahrungen betroffene Frauen im Umgang mit ihren Beschwerden mit dem Gesundheitssystem machen, und welche Faktoren ihr Hilfesuchverhalten beeinflussen.

Die Kartierung der Evidenz hat thematische Schwerpunkte und inhaltliche Defizite der bisher vorliegenden Forschung aufgezeigt. Eine zentrale Erkenntnis dieses Scoping Reviews ist, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei postpartalen sexuellen Dysfunktionen insgesamt gering ist, obwohl viele Frauen ihre Beschwerden als belastend erleben und Schmerzen über Monate bis Jahre anhalten können. Dieses Ergebnis findet sich in den inkludierten Studien unabhängig von Studiendesign und Erhebungszeitpunkt. Die Diskrepanz zwischen Unterstützungsbedarf und Nutzung professioneller Angebote verweist auf zentrale Barrieren im Hilfesuchverhalten und in den bestehenden Versorgungsstrukturen.

Die inkludierten Studien konnten übereinstimmend mit vorhandener Evidenz aufzeigen, dass Tabuisierung und Normalisierung Ausdruck gesellschaftlicher und historischer Stigmata rund um Sexualität darstellen. Folge ist die mangelnde Akzeptanz der Dyspareunie als behandlungsbedürftiges Symptom und eine ausbleibende Behandlung.

Darüber hinaus konnte dieses Scoping Review zeigen, dass andere potenziell relevante Einflussfaktoren, wie alltagsbezogene, geburtshilfliche oder soziale Determinanten bislang nur unzureichend berücksichtigt sind, und weiterer Forschungsbedarf besteht.

Außerdem konnten Hinweise geliefert werden, dass die Erfahrungen im Kontakt mit dem Gesundheitssystem sehr unterschiedlich sind. Auch wenn einige Betroffene von Verbesserung von Symptomen berichten, weisen viele Frauen auf Bagatellisierung, unzureichende Unterstützung und eine eingeschränkte Berücksichtigung sexueller Beschwerden hin. Dies kann das Vertrauen in das Gesundheitssystem beeinträchtigen und zukünftige Hilfesuche erschweren. Während der Schwangerschaft und dem Wochenbett werden Frauen außerdem selten systematisch über mögliche sexuelle Veränderungen aufgeklärt und kaum proaktiv zu Beschwerden befragt – Hebammen und andere Fachpersonen berichten von Unsicherheiten, Wissenslücken, Zeitdruck und Scham im Umgang mit sexualitätsbezogenen Themen.

Für die Hebammenarbeit lassen sich aus den Ergebnissen des Scoping Reviews demnach wichtige Erkenntnisse ableiten. Aufgrund des kontinuierlichen Betreuungsmodells in Deutschland, der oft langfristigen Beziehung zu den betreuten Frauen und der besonderen Vertrauensbasis können und sollten Hebammen eine zentrale Rolle in der Prävention, Aufklärung und Früherkennung einnehmen. Hebammen haben die Möglichkeit, dazu beizutragen, verschwiegene Themen wie das der postpartalen Dyspareunie zu enttabuisieren, Wissen zu vermitteln,

Symptomwahrnehmung zu stärken und betroffene Frauen frühzeitig weiterzuvermitteln. Hierfür scheint es notwendig, Sexualität im Wochenbett stärker als festen Bestandteil hebammengeleiteter Betreuung zu verstehen. Grundlage hierfür ist eine ausreichende Aus- und Fortbildung von Hebammen, um kommunikative Sicherheit und fachliche Kompetenz zu fördern.

Gleichzeitig verdeutlicht das Scoping Review erhebliche Forschungsdefizite. Die Zahl der Studien, die Dyspareunie im Wochenbett explizit in den Blick nehmen, ist gering, und Definitions- sowie Diagnosekriterien sind heterogen. Zukünftig werden konsentrierte diagnostische Standards benötigt, um Prävalenzen und Verläufe postpartaler Dyspareunie verlässlich abzubilden und Studienergebnisse vergleichbar zu machen. Für die Zukunft bieten sich quantitative Kohortenstudien, Mixed-Methods-Studien, Interventionsstudien, Langzeitstudien, randomisierte und quasi-experimentelle Designs an.

Insgesamt leistet diese Arbeit einen Beitrag dazu, postpartale Dyspareunie als relevantes, bislang unterbelichtetes Thema der Hebammenwissenschaft sichtbar zu machen. Indem sie den bestehenden Forschungsstand systematisch bündelt, zentrale Einflussfaktoren auf das Hilfe-suchverhalten herausarbeitet und Versorgungslücken im deutschen Kontext aufzeigt, schafft sie eine Grundlage für eine evidenzbasierte, enttabuisierende und frauenzentrierte Hebammenarbeit im Wochenbett. Zukünftige Forschung ist gefordert, diese Grundlage zu erweitern, um betroffenen Frauen eine adäquate, sensible und nachhaltige Unterstützung im Umgang mit postpartaler Dyspareunie zu ermöglichen. Denn die konsequente Thematisierung postpartaler Dyspareunie stellt keinen optionalen Zusatz in der Wochenbettbetreuung dar, sondern ist wesentlich für die Sicherung der sexuellen Gesundheit und des Wohlbefindens betroffener Frauen.

6. Literaturverzeichnis

1. Eberhard Karls Universität Tübingen. Leitfaden zur Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache an der Universität Tübingen. 2019.
2. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Verordnung des Sozialministeriums über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung - HebBO) vom 2. Dezember 2016. Stuttgart: Gesetzblatt Baden-Württemberg; 2016.
3. Eidt C. Sex nach der Geburt - Im Spannungsfeld von (nicht) können und (nicht) wollen. *Hebamme*. 2025;38:266-70.
4. Balon R. Burden of Sexual Dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2017;43(1):49-55.
5. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):196.
6. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;153(1):14-24.
7. Adeli M, Shamaeian-Razavi N, Irani M. Sexual function in breastfeeding women: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2026;26(1):145.
8. Strauß B. Sexuelle Entwicklung im Kontext soziokulturellen Wandels. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2007;50(1):3-10.
9. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. Kleinplatz PJ, Charest M, Rosen LA, Ménard AD. Optimal Couple Sexuality: A Review of the (Limited) Literature. *Curr Sex Health Rep*. 2022;14(2):63-9.
11. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
12. Rezaei N, Behboodi Moghadam Z, Tahmasebi A, Taheri S, Namazi M. Women's sexual function during the postpartum period: A systematic review on measurement tools. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(30):e38975.
13. Graziottin A, Di Simone N, Guarano A. Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;296:250-7.
14. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*. 2017;55:60-6.
15. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *Bjog*. 2013;120(7):823-30.
16. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. *J Sex Med*. 2012;9(9):2330-41.
17. O'Malley D, Smith V, Higgins A. Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study. *Midwifery*. 2019;77:53-9.
18. Mosby. Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing & Health Professions. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2006.
19. Rosen NO, Pukall C. Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev*. 2016;4(2):126-35.
20. Carlson K, Mikes BA. Dyspareunia. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026
21. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(3):220-3.
22. Binik YM. The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):292-303.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.

24. Jakob R. ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018;61(7):771-7.
25. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th Revision). 2026 [zitiert am: 30.04.2026]. URL: <https://icd.who.int>.
26. Dedes I. Dyspareunie: Differenzialdiagnosen und Therapie. Journal für Gynäkologische Endokrinologie/Schweiz. 2026;29(1):28-34.
27. Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. Cureus. 2018;10(3):e2379.
28. Alligood-Percoco NR, Kjerulff KH, Repke JT. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. Obstet Gynecol. 2016;128(3):512-8.
29. Ghasemi V, Beheshti Nasab M, Saei Ghare Naz M, Shahsavari S, Banaei M. Estimating the prevalence of dyspareunia according to mode of delivery: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol. 2022;42(7):2867-78.
30. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. Int Urogynecol J. 2016;27(10):1513-23.
31. Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. Bjog. 2022;129(7):1017-28.
32. Boarta A, Gluhovschi A, Craina ML, Marta CI, Dumitriu B, Socol ID, et al. Determinants of Postpartum Sexual Dysfunction in the First Year: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2025;13(22):2977
33. Bischof K. Vaginismus und Dyspareunie der Frau. Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis Zürich: Pfizer AG;. 2010, 114.
34. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. Midwifery. 2016;34:15-20.
35. VanWiel L, Unke M, Samuelson RJ, Whitaker KM. Associations of pelvic floor dysfunction and postnatal mental health: a systematic review. J Reprod Infant Psychol. 2025;43(4):958-979.
36. EBSCO. Help-seeking behavior. 2024 [zitiert am 20.05.2026]. URL: <https://www.ebsco.com/research-starters/health-and-medicine/help-seeking-behavior>.
37. Datta T, Gokani NS, Sahore A, Deshpande S. Help-Seeking Behaviour and Care Delays in Indian Patients Attending a Speciality Sexual Health Clinic: A Retrospective Cohort study. J Hum Reprod Sci. 2026;19(1):62-7.
38. Mechanic D. The concept of illness behavior. J Chronic Dis. 1962;15(2):189-94.
39. Buurman MB, Lagro-Janssen AL. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. Scand J Caring Sci. 2013;27(2):406-13.
40. Weinert K, Plappert CF. Pregnant Women's Knowledge of Pelvic Floor and Related Dysfunctions: A Scoping Review. Healthcare (Basel). 2025;13(8).
41. Sabbagh D, Ford JV, El-Fakahany S, El-Kakd F. Perceptions of women on seeking sexual healthcare in Beirut: a qualitative study. Sex Reprod Health Matters. 2025;33(1):2639175.
42. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017;22(3):200-6.
43. Gesetz Über das Studium und den Beruf von Hebammen (HebG). 2019 [zitiert am: 19.05.2026]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html.
44. Schäfers R. Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Geburt und Mutterschaft. Stuttgart: Schattauer; 2010.
45. Eidt C. »Aiaiai, wenn ich das jetzt sage...«: Sexualitätsbezogene Beratung durch Hebammen zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Marie F, Ronja S, Katharina W, editors. Politiken der Reproduktion. Bielefeld: transcript Verlag; 2022. 251-62.

46. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(1):57-66.
47. Percat A, Elmerstig E. "We should be experts, but we're not": Sexual counselling at the antenatal care clinic. *Sex Reprod Healthc.* 2017;14:85-90.
48. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth.* 2015;42(4):354-61.
49. Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(10):1386-400.
50. Wendt EK, Marklund BR, Lidell EA, Hildingh CI, Westerståhl AK. Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse--midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery.* 2011;27(4):539-46.
51. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1):19-32.
52. von Elm E, Schreiber G, Haupt CC. Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2019;143:1-7.
53. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010;5:69.
54. Kleibel V, Mayer H. Wie wird gesucht? - Entwicklung von Suchstrategien. In: Kleibel V, Mayer H, editors. *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Manual.* 2 ed. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2011. 43-50.
55. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71.
56. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
57. Abrams M, Sheyn D, Kelley E, Hijaz A, Pope R. Correlates of health-seeking behavior for sexual dysfunction after childbirth: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J.* 2023;34(8):1867-76.
58. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Bjog.* 2000;107(2):186-95.
59. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(3):330-5.
60. Herron-Marx S, Williams A, Hicks C. A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity. *Midwifery.* 2007;23(3):322-34.
61. O'Malley D, Smith V, Higgins A. Sexual health issues postpartum—A mixed methods study of women's help-seeking behavior after the birth of their first baby. *Midwifery.* 2022 Jan;104:103196. doi: 10.1016/j.midw.2021.103196.
62. Barker TH, Hasanoff S, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for analytical cross-sectional studies. *JBI Evid Synth.* 2026;24(3):401-8.
63. National Heart L, and Blood Institute. Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies. 2014 [zitiert am: 20.05.2026]. URL: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
64. O'cathain A, Murphy E, Nicholl J. The Quality of Mixed Methods Studies in Health Services Research. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13(2):92-8.
65. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf.* 2018;34(4):285-91.
66. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11(3):277-89.
67. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C, Group ftGI. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU International.* 2008;101(8):1005-11.

68. Moreira Jr. ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Clin Pract.* 2005;59(1):6-16.
69. Wojtas J, Sotomska Z, Murawski M, Grzybowska ME. Exploring the Diagnostic and Therapeutic Pathways of Women with Dyspareunia: A Mixed-Methods Study. *J Clin Med.* 2026;15(2):787.
70. Shifren JL, Johannes CB, Monz BU, Russo PA, Bennett L, Rosen R. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(4):461-8.
71. Donaldson RL, Meana M. Early Dyspareunia Experience in Young Women: Confusion, Consequences, and Help-seeking Barriers. *J Sex Med.* 2011;8(3):814-23.
72. Ibine B, Sefakor Ametepe L, Okere M, Anto-Ocrah M. "I did not know it was a medical condition": Predictors, severity and help seeking behaviors of women with female sexual dysfunction in the Volta region of Ghana. *PLoS One.* 2020;15(1):e0226404.
73. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, et al. Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient-Clinician Communications. *J Womens Health (Larchmt).* 2019;28(4):432-43.
74. Pardell-Dominguez L, Palmieri PA, Dominguez-Cancino KA, Camacho-Rodriguez DE, Edwards JE, Watson J, et al. The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):92.
75. Juvrud J, Rennels JL. "I Don't Need Help": Gender Differences in how Gender Stereotypes Predict Help-Seeking. *Sex Roles.* 2017;76(1):27-39.
76. Moriwake T, Tominaga Y, Oiwa Y, Kusumi N, Kobayashi T, Inoue M, et al. Why women hesitate: treatment anxiety and healthcare environment as associated factors of care-seeking for sexual dysfunction—a multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine.* 2026;23(6).
77. Allen MS, Wood AM, Sheffield D. The Psychology of Erectile Dysfunction. *Curr Dir Psychol Sci.* 2023;32(6):487-493.
78. Peters B, Ndumele A, Uloko MI. Clinical implications of the historical, medical, and social neglect of the clitoris. *J Sex Med.* 2023;20(4):418-21.
79. Lee JY, Alblas D, Szmul A, Docter D, Dejea H, Dawood Y, et al. Neuroanatomy of the clitoris. *bioRxiv.* 2026:2026.03.18.712572.
80. Yang CC, Bradley WE. Neuroanatomy of the penile portion of the human dorsal nerve of the penis. *Br J Urol.* 1998;82(1):109-13.
81. Suchman EA. Stages of illness and medical care. *J Health Hum Behav.* 1965:114-28.
82. Vogel D, Wester S, Larson L, Wade N. An Information-Processing Model of the Decision to Seek Professional Help. *Prof Psychol Res Pr.* 2006;37:398-406.
83. Jaeb MA, Pecanac KE. Shame in patient-health professional encounters: A scoping review. *Int J Ment Health Nurs.* 2024;33(5):1158-69.
84. Rouhi M, Stirling C, Ayton J, Crisp EP. Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery.* 2019;72:39-49.
85. Walker SH, Davis G. Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. *Midwifery.* 2014;30(5):e169-76.
86. Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery.* 2011;27(2):195-202.
87. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health.* 2014;20(3):298-304.
88. Hartley S, Sutherland G, Brown S, Yelland J. 'You're more likely to tell the GP if you're asked': women's views of care from general practitioners in the first postpartum year. *Aust J Prim Health.* 2012;18(4):308-12.
89. Wand A. Genito-pelvine Schmerzstörung (Penetrationsstörung)—eine qualitative Interviewstudie zur Perspektive Betroffener auf die Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. *Z Sex Forsch.* 2024;37(02):80-91.

90. Rashidi Fakari F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Explaining factors affecting help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):60.
91. GKV Spitzenverband. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. 2026. [zitiert am: 12.06.2026]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp
92. Linden M, Gothe H, Ormel J. Der Hausarzt als Gatekeeper. *DEUTSCHES ARZTEBLATT-KOLN-*. 2004:2103-10.
93. Deutscher Hebammenverband e.V. Hebammen: Das (unterschätzte) Potential der Gesundheitsversorgung. Berlin: Deutscher Hebammenverband e. V. 2025 [zitiert am: 12.06.2026]. URL: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/12/Parlamentarischer-Abend_Hebammen-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf
94. Fan X, Zhou F, Li Y, Xia W, Che Y. Factors associated with postpartum resumption of sexual intercourse among women in China: A retrospective multicenter study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022;48(1):230-8.
95. O'Malley D, Higgins A, Smith V. Sexuality of the Couple in Postpartum and Early Parenthood (1st Year). In: Geuens S, Polona Mivšek A, Gianotten WL, editors. *Midwifery and Sexuality*. Cham: Springer International Publishing; 2023. 85-98.
96. López-Lapeyrere C, Serna-Gómez N, Hernández-López AB, Pérez-García MF, Tejeda-Esteban A, Solís-Muñoz M. The development and validation of a new postpartum sexual function and dyspareunia assessment tool: The Carol Scale. *Midwifery.* 2018;58:27-36.

7. Anhang

Anhang 1: Exkludierte Volltexte der Literaturrecherche

Tabelle 10 – Ausschlussgründe Datenbanksuche

Nr.	Autor*innen, Jahr	Titel	Ausschlussgrund
1	Boarta et al. (2025)	Determinants of Postpartum Sexual Dysfunction in the First Year: A Systematic Review	keine Dyspareunie
2	Thangarajah et al. (2024)	Care needs and self-induced measures of women with postpartum pelvic floor disorder- Results of a social media-based survey of 2930 women	
3	Buurmann et al. (2013)	Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study	nicht spezifisch Dyspareunie
4	Tartaglia et al. (2025)	Sexual Function After Vaginal Delivery in Primiparous Women: A Perspective in the First Months Postpartum	kein Hilfesuchverhalten
5	Wood et al. (2022)	A scoping review on women's sexual health in the postpartum period: opportunities for research and practice within low-and middle-income countries	
6	Grussu et al. (2021)	Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice	
7	Molin et al. (2020)	Raising awareness about chronic pain and dyspareunia among women – a Swedish survey 8 months after childbirth	
8	Abdool et al. (2009)	Postpartum female sexual function	
9	Daly et al. (2022)	Trajectories of Postpartum Recovery: What is Known and Not Known.	
10	McBride et al. (2017)	Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period.	Nicht auf Hilfesuche fokussiert, Programmbeschreibung
11	Evcili et al. (2020)	Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine's conservation model: An interventional study.	Programmbeschreibung, kein Hilfesuchverhalten
12	Fertel et al. (2024)	Screening for Pelvic Floor Disorders and Sexual Dysfunction in Postpartum Women: A Retrospective Cohort Study	falsche Perspektive (Fachpersonen)
13	Graziottin et al. (2024)	Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health	

Nr.	Autor*innen, Jahr	Titel	Ausschlussgrund
14	Banaei et al. (2018)	Addressing the Sexual Function of Women During First Six Month After Delivery: Aquasi-Experimental Study	falsche Perspektive (Fachpersonen)
15	McDonald et al. (2015)	Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study.	
16	Barrett et al. (1999)	Women's sexuality after childbirth: a pilot study	Pilotstudie zu inkludierter Studie

Tabelle 11 – Ausschlussgründe Freihandsuche

Nr.	Autor*innen	Titel	Ausschlussgrund
1	Olsson et al. (2005)	Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth	keine Dyspareunie
2	Pardell-Dominguez et al. (2021)	The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry	
3	Eidt, Clara (2025)	Sex nach der Geburt – im Spannungsfeld von (nicht) können und (nicht) wollen	
4	Woolhouse et al. (2012)	Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood	
5	Woolhouse et al. (2014)	Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals	
6	O'Malley et al. (2019)	Women's solutioning and strategising in relation to their postpartum sexual health: A qualitative study	kein Hilfesuchverhalten
7	Kline et al. (1998)	Health Consequences of Pregnancy and Childbirth as Perceived by Women and Clinicians	falsche Perspektive (Fachpersonen)

Anhang 2: Datenextraktion

Tabelle 12 – Extraktionstabelle

Autor*innen, Jahr, Land	Titel	Ziel der Studie	Studiendesign	Populationsgröße	Aufbau	Definition Dyspareunie
				Ein-/Ausschlusskriterien		
Abrams et al. 2023 USA	Correlates of health-seeking behavior for sexual dysfunction after childbirth: a cross-sectional study	Korrelationen zwischen Hilfesuchverhalten für sexuelle Dysfunktion 3 Jahre nach der Geburt herausarbeiten	Querschnittsstudie	n=531	12 Fragen, digitaler Fragebogen	SFQ-MIS Skala wird genutzt, hier wird Dyspareunie abgefragt – vulvar/vaginal/pelvic pain
				>18 Jahre Geburt in den letzten 3 Jahren		
Barrett et al. 2000 England	Women's sexual health after childbirth	Die sexuelle Gesundheit von Frauen nach der Entbindung beschreiben, Konzentration auf die Faktoren, die mit Dyspareunie in Zusammenhang stehen	Querschnittsstudie	n=484	6 Monate pp Fragebogen wurde zugeschickt	Frauen wurden als „Frauen mit Dyspareunie“ klassifiziert, wenn sie folgende Fragen mit Ja beantworteten: schmerzhaftes Penetration/ Schmerzen während dem GV/Schmerzen beim Orgasmus
				Erstgebärend lebendes Kind Frauen, die in einem Londoner Klinik geboren haben (1. Juli bis 31. Dezember 1991)	Hintergrundinfos über die Frauen wurde aus dem System der Klinik genommen	
Glazener et al. 1997 Schottland	Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition	Das Sexualverhalten von Frauen nach der Geburt beschreiben, einschließlich des Zeitpunkts der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs, aufgetretener Probleme, der Verwendung von Verhütungsmitteln und der Inanspruchnahme entsprechender Angebote	Longitudinale Beobachtungsstudie	n=1249/1116/438 randomisiertes Sample: 20% aller Frauen, die von Juni 1990 bis Mai 1991 in Grampian geboren haben Lebendgeburt	Fragebogen direkt nach Entlassung KH, 8 Wochen und 12-18 Monate pp	Selbstausskunft der Frauen: „perineale Schmerzen“

Autor*innen, Jahr, Land	Titel	Ziel der Studie	Studiendesign	Populationsgröße	Aufbau	Definition Dyspareunie
				Ein-/Ausschlusskriterien		
Herron-Marx et al. 2006 England	A Q methodology study of women's experience of enduring postnatal perineal and pelvic floor morbidity	Die Erfahrungen von Frauen mit anhaltenden postnatalen Erkrankungen im Damm- und Beckenbodenbereich zu untersuchen	Q Methodik-Studie	n=20 (Interview) n=14 (response grid)	zwischen 12 und 18 Monaten nach der Geburt Face-to-Face	nicht spezifisch definiert
				Frauen, die in einer vorangegangenen Studie teilgenommen haben Englisch-/Spanischkenntnisse >16 Jahre haben in der vorangegangenen Studie mind. 1 Form der perinealen Morbidität angegeben 12-18 Monate pp Lebendgeburt ohne kongenitale Abnormalität		
O'Malley et al. 2022 Irland	Sexual health issues post-partum—A mixed methods study of women's help-seeking behavior after the birth of their first baby	Das Verhalten von Frauen im Hinblick auf sexuelle Gesundheitsprobleme nach der Geburt in ihrem Hilfesuch-Verhalten zu beschreiben	Mixed-Methods Design Phase eins Kohortenstudie (quantitativ) Phase zwei qualitatives deskriptives Design	Quantitativ: n=1041	quantitativer Teil: Fragebogen vor Geburt, 3,6,12 Monate pp Qualitativer Teil: Halb-strukturierte Einzelinterviews	Selbstausskunft der Frauen
				Nullipara >18 Jahre ausreichendes Englisch Lebendgeburt große städtische Entbindungsstation in der Republik Irland		
				Qualitativ: n=21		
				mindestens 1 Jahr pp alle 4 Fragebögen ausgefüllt		

Tabelle 13 – Ergebnisse und Implikationen

Studie	Ergebnisse	Genannte Empfehlungen
Abrams et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • 13,6 % der Frauen mit sexueller Dysfunktion suchten (bezogen auf alle befragten Frauen) professionelle Hilfe, 71,0 % suchten keine Hilfe, 15,4 % hatten keine sexuelle Dysfunktion • 16 % der Frauen mit sexueller Dysfunktion suchten (bezogen auf betroffene Frauen) Hilfe • Dyspareunie war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Hilfesuche assoziiert (aOR = 3,41; 95 % KI: 1,31–8,87) • Ein relevanter Einflussfaktor war das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung durch die sexuelle Dysfunktion (aOR = 7,13; 95 % KI: 2,65–19,12) • 58,3 % der Frauen mit Hilfesuche vs. 37,1 % ohne Hilfesuche berichteten Dammschmerzen ($p < 0,001$) → Frauen mit Schmerzen suchen signifikant häufiger Hilfe • 27,8 % der Frauen mit Hilfesuche vs. 8,2 % ohne Hilfesuche berichteten aktuelle Dyspareunie ($p < 0,001$) → aktuelle Beschwerden erhöhen die Hilfesuche, dennoch 31 Frauen ohne Hilfesuche trotz Beschwerden • 45,8 % der Frauen mit Hilfesuche vs. 21,5 % ohne Hilfesuche berichteten eine Verbesserung der Symptome • 8,3 % der Frauen mit Hilfesuche erhielten keine angebotene Behandlung • Gründe für fehlende Hilfesuche bei Frauen mit Dammschmerzen: <ul style="list-style-type: none"> ○ 6,6 % „keine Zeit“ ○ 11,9 % „dachte, es wäre normal“ ○ 6,1 % „hat mich nicht gestört“ ○ 2,7 % „andere Gründe“ • Faktoren, die mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe assoziiert waren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mehrgebärende, Kind < 18 Jahren im Haushalt (aOR = 0,61; KI: 0.43–0.88 pro Kind) ○ die Anzahl Sectios (aOR = 0,46; KI: 0.29–0.74 pro Geburt) ○ die Angabe von Stress oder Müdigkeit als Ursache für vermindertes Lustempfinden (aOR = 0,35; KI: 0.21–0.54) 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Aufklärung von Frauen und ihren Partner*innen bereits in der Schwangerschaft und die Beratung zu möglichen sexuellen Funktionsstörungen kann... <ul style="list-style-type: none"> ○ Stress, Ängste, Befürchtungen hinsichtlich der Intimität und der Inanspruchnahme von Hilfe bei sexuellen Funktionsstörungen nach der Geburt potenziell senken ○ eine angemessene Unterstützung, Behandlung oder Beratung für Frauen erleichtern ○ dazu führen, dass Frauen sich bei medizinischem Fachpersonal wohler dabei fühlen, darüber zu reden • Die Vermittlung eines Termins bei einer Fachkraft für sexuelle Gesundheit sechs Wochen nach der Geburt bietet eine weitere Gelegenheit, die Versorgung zu erleichtern • Es besteht die Notwendigkeit eines umfassenden Ansatzes in der postpartalen Versorgung, der sich mit sexuellen Dysfunktionen befasst, insbesondere nach der üblichen Untersuchung nach sechs Wochen • Frauen könnten von einer Fokussierung auf sexuellen Dysfunktionen postpartum profitieren

Studie	Ergebnisse	Genannte Empfehlungen
Abrams et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> Faktoren, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe assoziiert waren: <ul style="list-style-type: none"> Schwierigkeiten Heilung Dammbereich (aOR = 4,53; KI: 1.54–13.38) erhaltene Transfusion postpartal (aOR = 3,71; KI: 1.44–9.56) infektiöse Morbidität letzte Entbindung (aOR = 2,96; KI: 1.23–7.04) 	
Barrett et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> Von 337 Frauen mit postnatalen sexuellen Problemen (u. a. Scheidentrockenheit, Dyspareunie, Orgasmusprobleme, Irritationen, Libidoverlust) sprachen 15 % mit einer medizinischen Fachperson darüber Meist erfolgte die Konsultation bei einem „General Practitioner“ Die erfahrene Unterstützung reichte von als nicht hilfreich wahrgenommenen Kontakten (18 %) bis hin zu Weiterleitungen an weiterführende Angebote (18 %) Einige Frauen erhielten Bestätigung und Unterstützung, andere konkrete Behandlungsangebote (z. B. Östrogenpessare, Gleitgel) 28 % aller befragten Frauen berichteten, dass im Wochenbett über Sexualität gesprochen wurde (durch Familie, Freund:innen, Hebammen oder „antenatal teachers“) Bei 69 % wurde durch medizinisches Fachpersonal über die Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs gesprochen, überwiegend im Kontext der Kontrazeption (96 % berichteten über Beratung zur Empfängnisverhütung) 29 % erhielten Informationen zum „richtigen“ Zeitpunkt für den ersten Geschlechtsverkehr nach der Geburt auf Veränderungen/Probleme wurden 18% angesprochen Bei der Untersuchung nach sechs Wochen wurden 45% der Frauen auf Probleme mit ihrem Damm oder ihrer Vagina angesprochen 9% berichtete, dass sie etwas fragen wollten (v.a. sexuelle Probleme wie Schmerzen und Inkontinenz), aber nicht das Gefühl hatten, fragen zu dürfen. 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinisches Fachpersonal sollte im Gespräch über Sexualität nach der Geburt nicht nur über Verhütung sprechen und automatisch davon ausgehen, dass alle Paare problemlos wieder mit dem Geschlechtsverkehr anfangen. Die Zahlen deuten darauf hin, dass die Beratung und Behandlung im Zusammenhang mit der postnatalen sexuellen Gesundheit erheblich verbessert werden könnten. Medizinisches Fachpersonal sollte überdenken, welche Informationen sie Frauen vermitteln, unabhängig davon, ob sie Symptome zeigen oder nicht. Relevante Informationen könnten sein: welche Auswirkungen Entbindungsarten auf ihre sexuelle Gesundheit haben könnten, wie sie mit auftretenden Problemen umgehen könnten, eine Vorstellung davon, wann Probleme voraussichtlich abklingen und einen Hinweis darauf, wann sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen sollten.

Studie	Ergebnisse	Genannte Empfehlungen
Glazener et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> 7% der Frauen haben nach zwei Monaten, 13% nach 18 Monaten, geäußert, Unterstützung oder Beratung bei Problemen beim Geschlechtsverkehr zu wollen 25% der Frauen nach zwei Monaten und 28% nach 18 Wochen haben sich nicht aktiv um diese Beratung bemüht 38% haben gesagt, dass sich ihre Probleme nicht gelöst hätten, 28% wurde teilweise geholfen 8 Wochen postpartum (n = 40): <ul style="list-style-type: none"> Hauptansprechperson war der Hausarzt (63 %), gefolgt von keiner Kontaktaufnahme (25 %), „others“ (13 %), Community midwife (3 %) und Health visitor (3 %) 12–18 Monate postpartum (n = 29): <ul style="list-style-type: none"> Wieder am häufigsten Hausarzt (66 %), danach keine Kontaktaufnahme (28 %) und „others“ (10 %); Community midwife und Health visitor jeweils 0 %Bei der Untersuchung nach sechs Wochen wurde in 76% das Thema Verhütung angesprochen, Geschlechtsverkehr wurde in 34% angesprochen Von 22% der Frauen, die Beratung beim GV gebraucht/gewollt hätten, haben 8% angegeben, dass sie adäquate Hilfe erhalten haben. Eine Frau mit Dyspareunie hat mit ihrer Hebamme nicht über ihre Probleme gesprochen und im Verlauf der Zeit nach der Geburt depressive Symptome entwickelt. Sie spricht von einem Gefühl der Isolation, weil sie davor noch nie von diesen Problemen von jemand anderem gehört hatte. 	<ul style="list-style-type: none"> Die niedrigen Anteile der Frauen, die angaben, Hilfe zu benötigen, und die geringen Anteile der Frauen, die angaben, hilfreiche Unterstützung erhalten zu haben, könnten unter anderem auf ein niedriges Interesse seitens des medizinischen Fachpersonals hindeuten. Dass Ärzt*innen deutlich häufiger über Verhütung, als über Geschlechtsverkehr gesprochen haben, deutet darauf hin, dass medizinisches Personal ungern über sensible Themen sprechen. Da Allgemeinmediziner die medizinischen Fachkräfte waren, die Frauen am häufigsten wegen sexueller Probleme konsultierten, sollte die postnatale sexuelle Beratung und Betreuung in der postgradualen Ausbildung von Allgemeinmediziner stärker betont werden. Ein größeres Bewusstsein für mögliche sexuelle Schwierigkeiten bei Geburtshelfern, Hebammen, Gesundheitsberaterinnen und Allgemeinärzten würde voraussichtlich die Morbidität senken. Medizinisches Fachpersonal sollte sich der hohen Prävalenz dieser Probleme bewusst sein, Frauen in Geburtsvorbereitungskursen darauf vorbereiten, nach der Geburt ein hohes Maß an Wachsamkeit an den Tag legen und auf eventuell auftretende Probleme angemessen reagieren.
Herron-Marx et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> Die Frauen geben unzureichende Unterstützung und Versorgungsangebote an, trotz Einschränkung und Belastung wissen sie nicht, an wen sie sich wenden können Das Thema der anhaltenden Beschwerden im Damm- und Beckenbodenbereich wird als „Tabu-Thema“ beschrieben, die Beschwerden werden „normalisiert“/abgetan, und die Frauen denken, es gehört halt einfach dazu und ist temporär Medizinisches Personal und die Gesellschaft taten die Beschwerden oft ab oder bagatellisierten diese 	<ul style="list-style-type: none"> Es muss herausgefunden werden, wie Frauen die Möglichkeit erhalten können, über ihre Probleme zu sprechen („frauenzentrierte Endpunkte“) „Weiche“ Erkrankungen, wie sexuelle Dysfunktionen, sollten zukünftig in die Gesundheitsversorgung aufgenommen werden. Angebote für Frauen im Wochenbett sollten neu überdacht und stärker frauenzentriert gestaltet werden

Studie	Ergebnisse	Genannte Empfehlungen
Herron-Marx et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen mit Dammbeschwerden fühlen sich isoliert und betonen den Mangel an Hilfsangeboten • Sie haben sich oft selbst „beschuldigt“ für die Probleme • Sie hätten sich gewünscht, jemanden zu haben, der auf diese Probleme spezialisiert ist, und nicht aus dem medizinischen/pathologischen/ärztlichen Bereich ist • Außerdem geben Frauen an, dass sie darüber gesprochen hätten, wenn sie aktiv darauf angesprochen worden wären. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es sollte genauer untersucht werden, was „normale“ Genesung bedeutet und ob Frauen ihr Leben positiv an anhaltende perineale Morbidität anpassen oder diese lediglich aufgrund fehlender Unterstützung normalisieren • Das öffentliche Bewusstsein für postnatale sexuelle Probleme sollte gestärkt werden, z. B. durch die Entwicklung einer Checkliste (ähnlich der Edinburgh Postpartum Depression Scale), die Hebammen zu einem definierten Zeitpunkt nach der Geburt einsetzen könnten, um alle Frauen systematisch nach anhaltender perinealer Morbidität zu befragen • Es besteht ein Mangel an Unterstützungsangeboten nach der Hebammenbetreuung und dem sechs Wochen Postpartum-Check-up, weshalb langfristige Versorgungsangebote notwendig sind • Frauen wissen häufig nicht, an wen sie sich bei anhaltender perinealer Morbidität wenden können. • Es braucht transparente Versorgungsangebote, damit Frauen über diese Morbidität und vorhandene Unterstützungsangebote informiert sind und zur Hilfesuche ermutigt werden • Medizinisches Fachpersonal sollte stärker sensibilisiert werden; entsprechende Schulungen sind notwendig, um evidenzbasierte Information und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen • Hausärzt:innen, Hebammen, Gesundheitsberater:innen und Pflegepersonal sollten ihre jeweiligen Zuständigkeiten in der Versorgung klar definieren

Studie	Ergebnisse	Genannte Empfehlungen
O' Malley et al. (2022)	<p>Ergebnisse von Phase eins:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drei Monate nach der Geburt sprachen 2,9 % der Frauen mit Dyspareunie (54 %) mit einer medizinischen Fachkraft über ihre Beschwerden • Nach sechs Monaten waren es 4 % der Frauen mit Dyspareunie (36 %), die sich an eine medizinische Fachkraft wandten • Zwölf Monate nach der Geburt litten noch 19 % der befragten Frauen unter Dyspareunie, von denen 6 % angaben, mit einer medizinischen Fachkraft gesprochen zu haben • Drei Monate nach der Geburt sprachen 6,2 % der Frauen mit einer Freundin über Dyspareunie, nach sechs Monaten 9 % und nach zwölf Monaten 7,5 % • Mit dem/der Partner:in sprachen 39,6 % der Frauen innerhalb der ersten drei Monate, 49,1 % nach sechs Monaten und 42,4 % nach zwölf Monaten über Dyspareunie • Mit der Schwester sprachen 2,2 % (drei Monate), 2,7 % (sechs Monate) und 1 % (zwölf Monate) der Frauen • Mit der eigenen Mutter sprachen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg weniger als 1 % der Frauen • Eine Frau gab an, mit einer Psychotherapeutin gesprochen zu haben, eine andere Frau mit eine*r Ärzt*in in einer Geburtsklinik und zwei Frauen hatten mit ihrer Schwägerin gesprochen <p>Die Ergebnisse von Phase zwei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Gesundheit und postpartale sexuelle Probleme werden als Tabuthema wahrgenommen, da Frauen selten von anderen darüber hören • Das Themenfeld wird insgesamt als „peinlich“ beschrieben • Frauen fühlen sich häufig nicht in der Lage, das Thema anzusprechen, da im Kontakt mit medizinischem Personal oft keine offene Gesprächsatmosphäre besteht und eher standardisierte Fragebögen abgearbeitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist unerlässlich, dass medizinisches Fachpersonal einen Dialog über sexuelle Gesundheit beginnt. • Studierende im Gesundheitswesen müssen besser darin geschult werden, über sensible Themen zu sprechen, sowie über sexuelle Gesundheit insgesamt. Außerdem sollten sie besser darin ausgebildet werden, Lösungen und Strategien zur Bewältigung sexueller Gesundheitsprobleme zu entwickeln oder Frauen an Fachärzte oder Experten zu überweisen, wenn sexuelle Gesundheitsprobleme nicht abklingen und Leid verursachen. • Das anhaltende Schweigen zum Thema sexuelle Gesundheit nach der Geburt, das von medizinischem Fachpersonal aufrechterhalten wird, führt möglicherweise dazu, dass Frauen an der Gültigkeit ihrer Erfahrungen zweifeln und keine Informationen, über die ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten haben.

Studie	Ergebnisse	Genannte Empfehlungen
O' Malley et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbst bei Offenlegung der Probleme berichten Frauen von fehlender Beratung sowie teils verletzenden oder abweisenden Kommentaren • Es wird von mangelhafter Behandlung, abweisenden Haltungen und nicht hilfreicher Kommunikation durch medizinisches Fachpersonal berichtet • Frauen beschreiben unrealistische Erwartungen an die Zeit nach der Geburt, die unter anderem durch soziale Medien geprägt werden • Dabei werden körperliche Veränderungen sowie Veränderungen in der Partnerschaft häufig als wenig relevant oder unzureichend dargestellt • Frauen gaben an, enttäuscht zu sein, dass sie von anderen Frauen nichts über mögliche Probleme erfahren hatten – auf der anderen Seite würden sie selbst anderen Frauen allerdings auch nichts davon erzählen, um ihnen „keine Angst zu machen“ • Viele der im qualitativen Teil der Studie befragten Frauen gaben an, sich online zu diesem Thema informiert zu haben, wie Facebook, WhatsApp-Gruppen oder Onlineforen wie „Mumsnet“ • Auch gaben Frauen an, mit anderen Frauen gesprochen zu haben, auf der einen Seite, als Informationsquelle, auf der anderen Seite als Vergleich, ob ihre Probleme „normal“ wären • Andere Frauen traten Babygruppen bei und tauschten sich hier aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kreislauf des Schweigens hält an, wenn Studierende der Gesundheitsberufe nicht die sensiblen Kommunikationsfähigkeiten beobachten und erlernen, die erforderlich sind, um die Anliegen von Frauen zur sexuellen Gesundheit sicher und kompetent zu besprechen. • Es sollte in Betracht gezogen werden, die abschließende postnatale Untersuchung auf zwölf Wochen nach der Geburt auszuweiten, wenn sich Frauen möglicherweise an das Muttersein gewöhnt haben und in der Lage sind, über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu reflektieren.

Angang 3: Studienbewertung

Anhang 3.1: Abrams et al. (2023)

Tabelle 14 – JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Bewertungskriterium	Ja	Nein	Unklar	Nicht anwendbar
Wurden die Kriterien für die Aufnahme in die Stichprobe klar definiert?	X			
Wurden die Probanden und der Untersuchungsrahmen ausführlich beschrieben?	X			
Wurde die Exposition auf gültige und zuverlässige Weise gemessen?	X			
Wurden objektive, einheitliche Kriterien zur Beurteilung des Zustands herangezogen?		X		
Wurden Störfaktoren ermittelt?	X			
Wurden Strategien zum Umgang mit Störfaktoren genannt?	X			
Wurden die Ergebnisse auf valide und zuverlässige Weise gemessen?	X mit Einschränkung			
Wurde eine geeignete statistische Analyse durchgeführt?	X			

Anhang 3.2: Barrett et al. (2000)

Tabelle 15 – JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Bewertungskriterium	Ja	Nein	Unklar	Nicht anwendbar
Wurden die Kriterien für die Aufnahme in die Stichprobe klar definiert?	X			
Wurden die Probanden und der Untersuchungsrahmen ausführlich beschrieben?	X			
Wurde die Exposition auf gültige und zuverlässige Weise gemessen?	X			
Wurden objektive, einheitliche Kriterien zur Beurteilung des Zustands herangezogen?		X		
Wurden Störfaktoren ermittelt?	X			
Wurden Strategien zum Umgang mit Störfaktoren genannt?	X			
Wurden die Ergebnisse auf valide und zuverlässige Weise gemessen?			X pilotiert, nicht validiert	
Wurde eine geeignete statistische Analyse durchgeführt?	X			

Anhang 3.3: Glazener et al. (1997)

Tabelle 16 – Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies - NHLBI, NIH

Bewertungskriterium	Ja	Nein	Unklar	Nicht anwendbar
Wurde die Forschungsfrage oder das Forschungsziel in dieser Arbeit klar formuliert?	X			
Wurde die Studienpopulation klar spezifiziert und definiert?	X			
Lag die Teilnahmequote der berechtigten Personen bei mindestens 50 %?	X			
Stammen alle Probanden aus derselben oder einer ähnlichen Population (einschließlich desselben Zeitraums)? Wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie im Voraus festgelegt und einheitlich auf alle Teilnehmer angewendet?	X			
Wurden eine Begründung für die Stichprobengröße, eine Beschreibung der Aussagekraft oder Schätzungen der Varianz und des Effekts angegeben?	X			
Wurden für die Analysen in dieser Arbeit die relevanten Expositionen gemessen, bevor die Ergebnisse erfasst wurden?		X		
War der Zeitraum ausreichend, um vernünftigerweise davon ausgehen zu können, dass ein Zusammenhang zwischen Exposition und Ergebnis erkennbar wäre, falls ein solcher bestehen sollte?	X			
Wurden bei Expositionen, deren Ausmaß oder Intensität variieren kann, im Rahmen der Studie verschiedene Expositionsniveaus im Zusammenhang mit dem Ergebnis untersucht (z. B. Expositionskategorien oder als kontinuierliche Variable gemessene Exposition)?	X			
Wurden die Expositionsmaße (unabhängige Variablen) klar definiert, waren sie valide und reliabel und wurden sie bei allen Studienteilnehmern einheitlich angewendet?	X			

Bewertungskriterium	Ja	Nein	Unklar	Nicht anwendbar
Wurde die Exposition im Laufe der Zeit mehr als einmal bewertet?	X			
Wurden die Ergebnismaße (abhängige Variablen) klar definiert, waren sie valide und reliabel und wurden sie bei allen Studienteilnehmern einheitlich angewendet?	X			
Waren die Ergebnisbewerter hinsichtlich des Expositionsstatus der Teilnehmer verblindet?		X		
Lag der Anteil der Patienten, bei denen nach der Baseline-Untersuchung der Kontakt abbrach, bei 20 % oder weniger?	X			
Wurden wichtige potenzielle Störvariablen gemessen und statistisch hinsichtlich ihres Einflusses auf den Zusammenhang zwischen Exposition(en) und Ergebnis(sen) bereinigt?	X			

Anhang 3.4: Herron-Marx et al. (2007)

Tabelle 17 – Good Reporting Standards for Mixed Methods Studies Guidelines (GRAMMS)

Item des GRAMMS	Anwendung auf Herron-Marx et al.	Bewertung
1. Beschreiben Sie die Begründung für die Verwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes zur Untersuchung der Forschungsfrage.	Begründung Autor*innen für Wahl Q-Methodik: weil damit subjektive Erfahrungen systematisch erfasst werden können und ein Konsens innerhalb der Erfahrungen der Frauen kann hergestellt werden. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Erfahrungen mit anhaltenden Dammbeschwerden können identifiziert werden. Q-Methodik verbindet die Stärken von qualitativen und quantitativen Methoden	Es wird deutlich, warum die Q-Methodik genutzt wurde
2. Beschreiben Sie das Forschungsdesign hinsichtlich Zweck, Priorität und Reihenfolge der Methoden.	Autor*innen beschreiben fünf Stufen: Interviews, thematische Analyse, Konstruktion des Q-Sets, Q-Sorting, Faktoranalyse Zweck: systematische Interpretation subjektiver Ansichten	Sequenz ist gut nachvollziehbar und logisch aufgebaut
3. Beschreiben Sie jede Methode hinsichtlich Stichprobenauswahl, Datenerhebung und -analyse.	Qualitative Komponente (Interviews): <ul style="list-style-type: none"> • <u>Sampling</u>: Verfügbarkeitssample von Frauen aus einer früheren Querschnittsstudie zu anhaltenden Dammbeschwerden, die Interesse an weiterer Teilnahme bekundet hatten (12–18 Monate postpartum, mind. eine Form von Beckenbodenbeschwerden, englischsprachig). • <u>Datenerhebung</u>: Semistrukturierte Face-to-Face-Interviews (ca. 1 Stunde) anhand eines literaturgestützten Leitfadens zu Morbiditätsdimensionen und Versorgungserfahrungen. 	Methodische Beschreibung ausführlich und gut nachvollziehbar

Item des GRAMMS	Anwendung auf Herron-Marx et al.	Bewertung
<p>3. Beschreiben Sie jede Methode hinsichtlich Stichprobenauswahl, Datenerhebung und -analyse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse: Codierung mit MAXqda, paragraph-by-paragraph coding, Entwicklung eines Themensystems und Ableitung von Statements für den Q-Set nach einem Protokoll (Block 1978). Validierung des Q-Set durch das Forschungsteam (konstrukt- und kontextbezogen). <p>Quantitative Komponente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sampling: 20 Frauen nahmen teil, 14 Frauen gaben ihre Q-Sort-Grids zurück (70%). Demographische Faktoren werden in der Studie aufgeschlüsselt • Datenerhebung: Q-Sort mit vorgedrucktem Verteilungsgitter (–4 bis +4), „forced distribution“, Kombination aus postalischer und face-to-face Sortierung, klare Instruktionen und Definitionen der Morbidität; Q-Statements und Grid werden detailliert beschrieben <p>Analyse: Verwendung von PQMethod, Principal Components Analysis mit Varimax-Rotation, Erläuterung der Kriterien für signifikante Faktorladungen ($\geq \pm 0.43$) und Auswahl exemplarischer Q-Sorts ($\geq \pm 0.6$). Typal arrays werden beschrieben und zur Interpretation mit Interviewtranskripten kombiniert.</p>	
<p>4. Beschreiben Sie, wo eine Integration stattgefunden hat, wie sie stattgefunden hat und wer daran beteiligt war</p>	<p>Integration primär in der Interpretation der Faktoren: Resultate der Q-Faktorenanalyse werden mit exemplarischen Interviewausschnitten verknüpft, um „stories“ zu erstellen Für jede „story“ wurde laut Autor*innen eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Daten genutzt Nicht vorhanden: wie genau ist dieser Prozess abgelaufen, beteiligte Personen</p>	<p>Integration vorhanden, in manchen Teilen nicht ausführlich und transparent genug beschrieben</p>

Item des GRAMMS	Anwendung auf Herron-Marx et al.	Bewertung
5. Beschreiben Sie etwaige Einschränkungen einer Methode, die mit dem Vorhandensein der anderen Methode zusammenhängen	Autor*innen diskutieren mögliche Limitationen der Studie (kleines Sample, Rekrutierung über vorherige Umfrage (Selektionsbias), Aufwändige Teilnahmeanforderungen des Q-Sorts, potenzielle Non-Response durch Paper-basiertes Format, Schwierigkeit, die „stories“ mit spezifischen Morbiditätsformen oder Risikofaktoren zu verknüpfen, da kein gezieltes Sampling nach Morbiditätstyp erfolgte) keine explizite Reflektion über die Q-Methodik im Sinne des mixed-methods-Designs	Gute Limitationen, aber diese bleiben allgemein und benennen keine Einflüsse durch die Wahl eines mixed-methods-Designs
6. Beschreiben Sie etwaige Erkenntnisse, die durch die Kombination oder Integration der Methoden gewonnen wurden	Ergebnisse zeigen fünf „stories“, die die Komplexität und Variabilität der Erfahrungen betonen Autor*innen betonen, dass die „stories“ einen bisher unterschätzten Bereich postnataler Versorgung sichtbar machen Beitrag der Kombination aus qualitativ und quantitativ wird nicht explizit hervorgehoben und reflektiert.	Klare, differenzierte Einsichten, aber Reflektion über Mehrwert des Designs könnte stärker sein

Anhang 3.5: O'Malley et al. (2022)

Tabelle 18 – Mixed Methods Appraisal Tool Version 2018

Kategorie	Methodische Qualitätskriterien	Ja	Nein	Unklar
Screening Fragen	S1: Gibt es klare Forschungsfragen?	X		
	S2: Lassen sich die Forschungsfragen anhand der erhobenen Daten beantworten?	X		
Qualitativer Studien- teil	1.1. Ist der qualitative Ansatz geeignet, um die Forschungsfrage zu be- antworten?	X		
	1.2. Sind die qualitativen Datenerhebungsmethoden geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten?	X		
	1.3. Sind die Ergebnisse angemessen aus den Daten abgeleitet?	X		
	1.4. Ist die Interpretation der Ergebnisse durch Daten ausreichend un- termauert?	X		
	1.5. Gibt es eine Kohärenz zwischen den qualitativen Datenquellen, der Datenerhebung, der Analyse und der Interpretation?	X		
Quantitativer Studien- teil (Prospektive Ko- hortenstudie)	3.1. Sind die Teilnehmer repräsentativ für die Zielgruppe?		X	
	3.2. Sind die Messungen sowohl hinsichtlich des Ergebnisses als auch der Intervention (oder Exposition) angemessen?	X		

Kategorie	Methodische Qualitätskriterien	Ja	Nein	Unklar
Quantitativer Studien- teil (Prospektive Ko- hortenstudie)	3.3. Liegen vollständige Ergebnisdaten vor?	X		
	3.4. Werden die Störfaktoren im Studiendesign und in der Auswertung berücksichtigt?		X	
	3.5. Wurde die Intervention während des Untersuchungszeitraums wie vorgesehen durchgeführt (bzw. fand die Exposition wie vorgesehen statt)?	X		
Mixed-Methods	5.1. Gibt es eine angemessene Begründung für die Verwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes zur Beantwortung der Forschungsfrage?		X	
	5.2. Sind die verschiedenen Komponenten der Studie effektiv integriert, um die Forschungsfrage zu beantworten?	X		
	5.3. Werden die Ergebnisse der Integration qualitativer und quantitativer Komponenten angemessen interpretiert?	X		
	5.4. Werden Abweichungen und Unstimmigkeiten zwischen quantitativen und qualitativen Ergebnissen angemessen behandelt?	X		
	5.5. Entsprechen die verschiedenen Komponenten der Studie den Qualitätskriterien der jeweiligen methodischen Traditionen?	X		

Anhang 4: Erklärung zur Urheberschaft

Name: Lenuzza
Vorname: Anna Luisa
Matrikel-Nummer: 6401076
Studiengang: ☒ B.Sc. Hebammenwissenschaft ☐ M.Sc. Hebammenwissenschaft und Frauengesundheit
Adresse: Schaffhausenstraße 73 72072 Tübingen

Hiermit versichere ich, die Arbeit mit dem Titel:

„Postpartale Dyspareunie: Professionelle Unterstützung für betroffene Frauen in einem tabuierten Themenfeld – ein Scoping Review“

- ☐ Hausarbeit / Studienarbeit
☒ Bachelorarbeit / Masterarbeit
☐ Sonstige

im Sommersemester 2026 bei Konstanze Weinert, M.A. und Prof. Dr. rer. nat Claudia Plappert

selbständig und nur mit den in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verfasst zu haben. Alle aus anderen Arbeiten übernommenen Inhalte, egal ob wörtlich oder paraphrasiert, habe ich als solche eindeutig gekennzeichnet.

Mir ist bekannt, dass ich alle schriftlichen Arbeiten, die ich im Verlauf meines Studiums als Studien- oder Prüfungsleistung einreiche, selbständig verfassen muss. Zitate sowie der Gebrauch von fremden Quellen und Hilfsmitteln müssen nach den Regeln wissenschaftlicher Dokumentation von mir eindeutig gekennzeichnet werden. Ich darf fremde Texte oder Textpassagen (auch aus dem Internet) nicht als meine eigenen ausgeben.

Im Falle des Einsatzes generativer KI in unterstützender Funktion (einschließlich in andere Programme eingebetteter KI, z. B. Textverarbeitungssoftware) ist mir bewusst, dass die Verwendung von mittels generativer KI erstellten Texten oder Inhalten keine Garantie für deren Qualität besteht und ich verantwortlich bin, wenn durch die Verwendung solcher Werkzeuge fehlerhafte Inhalte, Verstöße gegen Datenschutz- oder Urheberrechte oder wissenschaftliches Fehlverhalten (z. B. Plagiate) entstehen sollten.

Ich versichere, dass ich Instrumente der generativen KI nur als Hilfsmittel eingesetzt habe und bei dieser wissenschaftlichen Arbeit mein kreativer Einfluss überwiegt. Durch die nachfolgenden Erläuterungen zur Nutzung von Instrumenten der regenerativen KI habe ich nach bestem Wissen offengelegt, welche Instrumente ich zu welchem Zweck und in welchem Umfang eingesetzt habe.

Mir ist bewusst, dass die Arbeit in digitaler Form durch einen automatisierten elektronischen Vergleich auf die Einhaltung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis geprüft und zu diesem Zweck auch an einen externen Dienstleister übermittelt werden kann. Zu diesem Zweck bin ich damit einverstanden, dass meine Arbeit in eine Datenbank eingespeist wird, in der sie auch nach der Prüfung verbleibt, um einen Vergleich mit künftig eingereichten Arbeiten zu ermöglichen.

Mir ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die genannten Punkte prüfungsrechtliche Konsequenzen haben und insbesondere dazu führen kann, dass die Prüfungsleistung mit „nicht ausreichend“ bzw. die Studienleistung mit „nicht bestanden“ bewertet wird und bei mehrfachem oder schwerwiegendem Täuschungsversuch eine Exmatrikulation erfolgen bzw. ein Verfahren zur Entziehung eines eventuell verliehenen akademischen Titels eingeleitet werden kann.

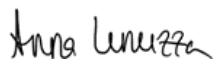
Teile dieser Arbeit wurden bereits veröffentlicht (z. B. mündlicher Vortrag, Abstract-Publikation, veröffentlichtes oder eingereichtes Paper/Kapitel):

☒ Nein

☐ Ja (Fügen Sie hier die Teile und die Literaturquelle ein)

Sofern eingereichten Abzüge meiner wissenschaftlichen Arbeit in unterschiedlichen Formaten erfolgen (beispielsweise als Papierdruck und als elektronische Datei) versichere ich, dass die eingereichten Exemplare identisch sind.

Datum: 29.06.2026

Unterschrift: 

Anhang 5: Reflexion über den Gebrauch generativer KI

1. Tabellarische Auflistung der eingesetzten Instrumente generativer KI

Instrument	Verwendungsart	Betroffene Teile der wissenschaftlichen Arbeit bzw. des Erstellungsprozesses
ChatGPT	<ul style="list-style-type: none">• Strukturprüfung (roter Faden)• Grammatikalische Prüfung der Arbeit• Struktur/Gliederung• Optimierung der wissenschaftlichen Ausdrucksweise• Hilfe bei Übersetzung und Verständnis komplexer englischer Texte	gesamte Arbeit
Perplexity	<ul style="list-style-type: none">• Logikprüfung, Struktur	gesamte Arbeit
DeepL	<ul style="list-style-type: none">• Übersetzung englischer Texte	gesamte Arbeit

2. Reflexion meiner Erfahrungen beim Einsatz von generativer KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

Welche Aufgabe innerhalb meiner wissenschaftlichen Arbeit habe ich mithilfe von generativer KI versucht zu lösen und wie war der konkrete Lösungsansatz?

- Gliederungen erstellen
 - Basierend auf klaren Aufforderungen und der Bereitstellung gezielter Informationen wurde die KI genutzt, um Vorschläge für einen logischen Aufbau einzelner Unterkapitel zu bekommen
- Kontrolle roter Faden
 - Es wurden fertige Abschnitte hochgeladen, und dann um Rückmeldung zu rotem Faden gebeten. In diesem Zusammenhang wurden keine fertigen Texte angefordert, sondern konkrete Rückmeldungen, die dann selbst eingearbeitet werden konnten, wenn sie als sinnvoll betrachtet wurden
- Grammatikalische Prüfung und wissenschaftliche Ausdrucksweise
 - Absätze wurden hochgeladen, um diese auf grammatikalische Fehler zu überprüfen. Außerdem wurden bei Sätzen, die stark verschachtelt und unverständlich waren um Hilfe gebeten, wie diese einfacher und klarer formuliert werden könnten. Die Vorschläge wurden als Inspiration genutzt. Außerdem wurden einheitliche Zeitformen von der KI überprüft

Welche Probleme sind dabei aufgetreten? An welcher Stelle sind mir (inhaltliche) Fehler der von der generativen KI erzeugten Texte aufgefallen?

- Wiederholungen von sprachlichen Formulierungen
- Inhaltliche Dopplungen innerhalb eines Textes, schlechte Zusammenfassungen oder Fazits
- Falsche Quellenangaben, die sich bei Prüfung als falsch herausstellen
- Konnte meine Anforderungen/Fragen teilweise nicht zu meiner Zufriedenheit umsetzen, hat das eigentliche Problem nicht verstanden

Inwieweit konnte ich die Aufgabe mithilfe von generativer KI lösen und wo war mir dies nicht möglich?

- Hilfreich bei Strukturfindung/erstem Überblick über eine große Datenmenge
- Hilfreich bei Kontrolle des Textes auf roten Faden und auf inhaltliche Unstimmigkeiten
- Hilfreich bei Kontrolle Zeitformen und grobe grammatikalische Fehler
- Nicht hilfreich bei konkreten Quellensuchen
- Grenze bei kritischen Analysen oder Schlussfolgerungen, die über die Informationen hinausgehen, die die KI bereits erhalten hat → Folge: Wiederholungen

3. Diskussion über die Chancen und Risiken beim Einsatz von KI im Rahmen des wissenschaftlichen Schreibens

Welche Gefahren sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Schreiben?

- Keine eigene Formulierung von Texten mehr
- Gewöhnung an die KI, Verlust von wissenschaftlichen Fähigkeiten
- Zu großes Vertrauen an die KI, dadurch Fehler der wissenschaftlichen Arbeit (falsche Quellen, Plagiate,...)
- Umformulierungen von Texten führen teilweise zu falschen Aussagen, die eigentliche Aussage des Satzes/Textes wird verzerrt

Wie habe ich sichergestellt, dass sich diese Gefahren nicht negativ auf meine wissenschaftliche Arbeit auswirken?

- Konstante Überprüfung und Hinterfragung dessen, was die KI mir sagt
- Möglichst wenig Nutzung dieser, nicht der „Versuchung“ hingeben, kleinste Arbeiten mit der KI zu machen
- Keine 1:1 Übernahme von KI-generierten Texten, Nutzung alleinig als Inspiration
- Sehr genaue Anweisungen an die KI, damit falsche Antworten reduziert werden und die Quellen der Aussagen kontrolliert werden können

Welche Chancen sehe ich bei der Nutzung generativer KI im Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Schreiben?

- Unterstützung bei der Strukturierung komplexer Inhalte
- Überprüfungsfunktion bei Grammatik/Rechtschreibung, ggf. für Menschen die Probleme hiermit haben
- Aufzeigen alternativer Ideen/Denkanstöße, Inspiration
- Zeitersparnis bei sprachlichen Aufgaben wie Übersetzungen o.ä.

Wie habe ich versucht, diese Chancen im Prozess der Erstellung meiner wissenschaftlichen Arbeit zu nutzen?

- Komplexe Inhalte strukturieren lassen, um einen ersten Überblick zu bekommen
- Hilfe bei Gliederung und erster Struktur der Arbeit und der Einleitung. Die Vorschläge wurden nicht übernommen, weil ich nicht zufrieden damit war, aber sie haben mir Denkanstöße gegeben
- Übersetzung komplexer Texte, um Zeit zu sparen

Wie bewerte ich insgesamt den Erfolg des Einsatzes generativer KI bei der Erstellung der wissenschaftlichen Arbeit?

- Hilfreich bei ersten Denkanstößen, Schreibblockaden und der Überprüfung der inhaltlichen Kongruenz meines Textes.
- Die Grenzen fallen allerdings schnell auf, und können zu Frustration führen. Falsche Quellenangaben, schlechte Schlussfolgerungen und Dopplungen kosten Zeit und führen zu keinem Mehrwert

Inwieweit ist es mir gelungen, die Gefahren des Einsatzes zu vermeiden und gleichzeitig die Chancen zu nutzen?

- Die KI für Inspiration und erste Gliederungen nutzen. Allerdings keine 1:1 Kopien und eine konstante Überprüfung der Aussagen, die von der KI getätigt wurden. Außerdem klare Arbeitsaufträge, damit Fehler möglichst klein gehalten werden
- Die gesamte Arbeit ist von mir, keine finalen Formulierungen o.ä. sind von KI übernommen.